



دستورالعمل ارزیابی مجدد و ثبت برنامه مراقبتی در گزارش پرستاری

فرآیند مراقبت از بیمار فرآیند پویایی است و تمام پرسنل درمانی در آن مشارکت دارند. ارائه بهترین مراقبت حمایت کننده و برآورده نمودن نیازهای بیماران، نیازمند برنامه ریزی و همکاری می باشد. ارزیابی مجدد بیمار به منظور بررسی میزان تناسب و کارایی تصمیمات مراقبتی کلیدی است. بیماران پس از انجام ارزیابی اولیه توسط پرستار بر اساس فرآیند مراقبتی در هر شیفت مورد ارزیابی مجدد قرار می گیرند. براساس استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان و طبق سنجه های " ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار " و " ارزیابی عملکرد پرستاران " الزامی است نکات زیر در هر شیفت در گزارش پرستاری مورد توجه قرار گرفته و ثبت شود:

۱. علائم حیاتی شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت
۲. سطح مراقبتی بیمار
۳. وضعیت ارتباطی: هوشیاری، خواب آلودگی، گیج، بدون پاسخ و آگاه به زمان و مکان بودن
۴. حساسیت در طول زمان بستری در صورت مثبت بودن نوع آن دارویی، ترانسفوزیون خون، غذایی و ...
۵. محدودیت در حرکت به صورت استراحت مطلق، نسبی
۶. ارزیابی خطر زخم بستر
۷. ارزیابی خطر سقوط از تخت
۸. غربالگری و بررسی درد
۹. بررسی وضعیت تغذیه: نوع رژیم غذایی و روش تغذیه (در نوزادان و شیرخواران بر حسب شیرمادر و شیر خشک)
۱۰. انجام غربالگری تغذیه ای نوبت دوم در صورت نیاز
۱۱. ارزیابی سیستم ها (سیستم های قلبی- عروقی، تنفسی، عصبی، عضلانی- اسکلتی، گوارش، کلیوی- ادراری تناسلی، پوست، روان، سایر سیستم ها مانند چشم، لته ها ، زبان و دندان ها)
۱۲. ارزیابی وضعیت روانی در بیماران دچار اختلالات روان (وضعیت روانی- حرکتی، تکلم، خلق، عاطفه، تفکر، جریان فکر، محتوای فکر، نوع هذیان، توهم، جهت یابی، تمرکز حواس، حافظه، قضاوت)
۱۳. ثبت برنامه مراقبت پرستاری بر اساس تشخیص های پرستاری و اجرای برنامه، ارزشیابی و در صورت لزوم اصلاح برنامه مراقبتی