

در مورد بیماران اورژانسی باید بلافاصله بیمار پذیرش و اقدامات اولیه پرستاری مانند گذاشتن اکسیژن، شستن زخم و کنترل خونریزی، در صورت نیاز CBR نمودن بیمار و ... انجام شود و بلافاصله به پزشک اطلاع داده شود.

در مورد بیماران سرپایی پس از ویزیت پزشک دستورات اجرا شود-
- آزمایشات بیمار از طریق HIS ثبت و سپس نمونه به آزمایشگاه ارسال شود.

پس از انجام پروسیجرهای مورد نیاز بیمار کلیه وسایل مصرفی از طریق کامپیوتر ثبت گردد-
پرستاری ثبت نماید به سرویس هایی که نیاز به ویزیت بیمار دارد اطلاع داده شود و زمان اطلاع و زمان حضور را در گزارش

-لازم است که پرسنل پرستاری در هنگام پذیرش بیمار موارد ذیل را رعایت نمایند

از آماده بودن تخت بیمار مطمئن شوند.
خود را با نام فامیل به بیمار معرفی نمایند.
بیمار را به تخت مربوطه راهنمایی کنند.
جهت قبله و محل مخصوص نگهداری وسایل انجام فرایض دینی را به او نشان دهند.

خلوت بیمار را فراهم نمایند.
اشیاء والیسه بیمارآنیکه در وضعیت کاهش سطح هوشیاری بسر می برند طبق مقررات جمع آوری و تحویل همراهان بیمار نمایند
نظارت نمایند تا بیمار در وضعیت راحت در تخت و یا صندلی قرار گیرد-
درجه حرارت ،نبض، تنفس و فشار خون بیمار را به روش صحیح اندازه گیری کنند
در صورت لزوم قد و وزن بیمار را اندازه گیری و ثبت نمایند.
شرح حال دقیق از بیمار گرفته شود.
در پایان، گزارش پرستاری را تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری را ثبت نمایند.

آموزش به بیمار

آموزش به بیمار در بدو پذیرش شروع شده و در حین درمان بیمار ادامه می یابد و بیمارآنیکه از این بخش ترخیص می شوند بسته به نوع بیماری باید توصیه های لازم در خصوص چگونگی مصرف دارو، مراجعه مجدد به پزشک و به عنوان مثال زمان کشیدن بخیه یا درآوردن تامپون و... باید آموزش لازم داده شود

-تحویل بیماران از روی کاردکس (اقدامات مراقبتی و دارویی) بر بالین آنها: مواردیکه باید هنگام تغییر و تحول شیفت رعایت گردد

کنترل وضعیت تنفس و هوشیاری بیمار
کنترل بهداشت فردی بیمار
کنترل آنژیوکت از نظر فیکس بودن ، داشتن تاریخ (کمتر از ۷۲ ساعت)، بررسی از نظر فلیت.

-کنترل سرمها از نظر : حجم باقیمانده ، حجم دریافتی بر اساس دستور و مطابق با برگه O&I ، (داشتن بر چسب سرم)
تظیم قطرات ، ساعت شروع و پایان (، نام پرستار ، نام و میزان داروی اضافه شده)
-کنترل میکروستها (داشتن برچسب ، تاریخ تعویض ۷۲ساعت باشد)
-کنترل سوند فولی از نظر فیکس بودن و بهداشت و حجم ادرار تخلیه شده و باقیمانده و ثبت در برگه O&I
-کنترل NGT از نظر فیکس بودن و میزان ترشحات برگشتی و ثبت در برگه O&I
-کنترل کلیه کاترها ، پانسمان و رعایت بهداشت و نظافت آنها
-کنترل بیمار از نظر زخم بستر ، کبودی ، راش ، ورم ، ادم در اندامها
-کنترل برگه علائم حیاتی از نظر ثبت مشخصات بیمار و علائم وی طبق دستور و ثبت علائم حیاتی در هنگام ادمیت
- کنترل بیمار از نظر پوزیشن ، وضعیت استراحت ، شیو و خونریزی
- کنترل وضعیت درد بیمار و اقدامات انجام شده جهت تسکین درد
-اطلاع از کلیه اقدامات درمانی انجام شده در شیفت قبل
-کلیه موارد کنترل شده در حضور پرسنل دو شیفت باید مطرح شود و پس از اتمام تحویل هیچ مسئولیتی به عهده شیفت قبل نمی باشد

تحویل وسایل و تجهیزات بخش

این کار در ابتدای هر شیفت و توسط مسئول شیفت یا پرستار تعیین شده انجام می شود و هر پرسنل موظف به آشنایی به تمامی وسایل بخش می باشد و درصورت هرگونه ابهام از سرپرستار سوال نماید.

تحویل کلیه دستگاههای بخش شامل ECG ، shock DC ، ونتیلاتور ، ساکشن ، فشار سنج و ثبت در دفتر و دیگر وسایل بخش
-تحویل گرفتن و کنترل داروها ، لوازم مصرفی طبق لیست و درصورت کمبود سریعاً جایگزین گردد
-کنترل و تحویل دفاتر بخش

تحویل و کنترل کامل اتاق CPR

- داروهای ترالی کد از نظر تعداد و بررسی کمبودها و تاریخ انقضاء و طریقه نگهداری آنها در داخل و خارج از یخچال چک می گردد
- وسایل ترالی کد از نظر تعداد ، تاریخ انقضاء ، توجه به سایزهای مختلف اشاره شده در چک لیست کنترل تجهیزات ترالی کد مانند لارنگوسکوپ ، آمبویگ ، چراغ قوه ، از نظر صحت عملکرد و وجود باطری و لامپ اضافه
- توجه به نظافت کلی ترالی کد و سالم بودن چرخهای آن و باز و بسته شدن راحت دربهای آن
- کنترل ساکشن داخل اتاق CPR و آماده بودن آن
- وجود تخت CPR ، اکسیژن و مانومتر ، داشتن ماسک اکسیژن ، سوند رابط جهت آمبویگ
- آماده بودن کامل آمبویگ جهت CPR

یخچال دارویی وواکسیناسیون

برای کنترل یخچال دارویی بایستی موارد زیر در نظر گرفته شود :
- از گذاشتن هر گونه مواد غذایی در داخل آن پرهیز شود
- ترمومتر در یخچال نصب باشد و چارت مخصوص درج دمای یخچال بر روی درب یخچال نصب و در سه شیفت ثبت گردد
- درج تاریخ باز شدن ویالها ، شربتها بر روی آنها و توجه به مدت زمانیکه می توان آنها را در یخچال نگهداری شود
- در فریزر یخچال (قالبهای یخ) جهت ارسال ABG وجود دارد

استوک دارویی

با توجه به سیاست هر بخش تعدادی دارو مانند (انواع مسکنها و داروهای اختصاصی هر بخش) در استوک دارویی موجود است که باید به تاریخ انقضاء آنها توجه گردد.

نظافت بخش

توجه به نظافت سطوح بالایی ، میانی و گوشه های بخش ، سرویسهای بهداشتی ، دربهای شیشه ای بخش ، یونیت بیماران (تخت ، لاکر ، table bed ، وسایل و تجهیزات اتاق مانند یخچال ، تلویزیون ، دستگاههای پزشکی ، مانومتر سانترال و پرتابل ، ونتیلاتور ، مانیتورها ، انواع پمپها) ، کاردکس، لوازم التحریر ، ایستگاه پرستاری ، تلفن و کامپیوتر ، سطوح زباله و دقت در تفکیک زباله های عفونی از غیر عفونی ، box safety، برانکاردر ، ویلچیر ، میزها
- با توجه به سیاست بیمارستان کلیه موارد ذکر شده با محلولهای ضد عفونی رایج در بیمارستان به صورت روزانه نظافت و ضد عفونی می گردد

آشنایی با دفاتر بخش

- دفتر تحویل و تحول وسایل
این دفتر در ابتدای هر شیفت و توسط پرستار مسوول شیفت تکمیل می شود و شامل انواع تجهیزات ، وسایل و تعداد آنها می باشد در این دفتر صحت کارکرد تجهیزات یا اینکه در دست تعمیر بودن آنها باید ثبت می گردد
- دفتر ثبت مواد مخدر
در صورت استفاده از مواد مخدر برای بیمار این دفتر توسط پرستار مسوول تکمیل می گردد

تاریخ و شیفت ، نام بیمار ، تشخیص ، نام پزشک ، شماره پرونده ، نوع ماده مخدر ، دوز مصرفی آن ، باقیمانده ماده مخدر ، تعداد پوکه خالی ، نام و امضاء پرستار تحویل گیرنده به همراه برگه کامل ثبت شده به همراه مهر و امضاء پزشک و پرستار تزریق کننده در شیفت

دفتر پذیرش و گزارش پرستاری

- این دفتر در پایان هر شیفت توسط مسوول شیفت تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری در آن ثبت می شود
در ابتدای دفتر تاریخ و شیفت ، آمار تعداد کل بیماران بستری ، تعداد پذیرش و ترخیص ، تعداد انتقال واعزام، تعداد فوتی ها وموارد قابل پیگیری و رویدادها ثبت می شود

- جهت انتقال بیماران بین بخش ها

- حضور پرستار در زمان تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار
- تحویل پرونده ، کاردکس ، به صورت کامل و مرتب و کنترل منشی بخش یا مسوول شیفت از نظر ثبت گزارش و وسایل -انجام موارد Stat و پروسیجرهای اورژانس در بخش مبداء تمیز و مرتب بودن بیمار (نظارت برعهده پرستاری است که بیمار را تحویل می دهد)
- در صورت دستور داشتن Line IV باید تاریخ و شیفت روی آن نوشته و بدون عارضه باشد.

در صورت داشتن پانسمان ، پانسمان تمیز با تاریخ و نام پرستار باشد
- گزارش پرستاری کامل نوشته شده و موارد خاص در آن قید گردد

- پرونده ، گرافی ها و به طور کل وسایل بیمار با دفتر تحویل و از بخش مقصد امضا گرفته شود
تذکر : بخشهای ویژه در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار ملزم به پذیرش و انجام کارهای درمانی بیمار
با هر شرایطی می باشند

جهت انتقال بیمار ان بر ای مشاوره پاراکلینیک

-همه‌انگ با واحد پاراکلینیک مربوطه
-انجام اقدامات مربوط به آمادگی قلبی در صورت نیاز
-همراه داشتن پرونده
-در صورت نیاز به اکسیژن با رعایت دستورات پروتکل انتقال بیمار حتما به واحد مربوطه اطلاع داده شود
-حضور بیمار بر در کنار بیماران ناتوان الزامی می باشد . (کار این بیماران با اولویت انجام می شود
تذکر : پرونده در پایان مشاوره واکو بلافاصله تحویل داده می شود و زمان انتقال و تحویل بیمار در گزارش قید
گردد

گزارش نویسی در پرستاری

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم
یادآوری می گردد. امید است همکاران محترم پرستار و بهیار بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند
- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر نظام پرستاری یا مهر مخصوص بخش، نام خانوادگی ، سمت و امضا خود را وارد نمایید
- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید
- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید
- علامت حیاتی را هر ۶ ساعت کنترل و در برگه کنترل علامت حیاتی پرونده ثبت نمایید
- هرگونه علامت حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علامت حیاتی پرونده نوشته شده و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه بصورت واضح و خوانا ثبت شود
- چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط اولین فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود
- در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود
- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید
- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل : نام دارو ، دوز دارویی ، راه تجویز دارو ، تاریخ و زمان دادن دارو
می باشد .
- در صورت ندادن دارو به هر علت باید علت آن بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود . (برخی از علل احتمالی
عبارتند از : موجود نبودن دارو ، پایین بودن فشار خون بیمار و...)
- با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علامتی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری ، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد
بخصوص در گزارش پذیرش بیمار حتما قید نمایید .
- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار ، نحوه ورود (با پای خودش- با برانکار، توسط اورژانس ۱۱۵ ، توسط همراهیان
و ...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علامت حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.

- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید
- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید
- دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و
درمان های مربوطه گزارش نمایید .
- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع در یافتی در شیفت خود رامحاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع
دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.
- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات O&I را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر
شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود
- شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته O&I را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علامت حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید
- ضروریست پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید
- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد
- گزارش عملیات احیا، قلبی ریوی بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا، باید در پرونده ثبت شود
- از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید
- گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود
- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب نمایید
- در گزارش نویسی انحصار مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید
- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید
- در صورتیکه بیماری شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید دقیقا گزارش کنیداز سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با
صفات نا خوشایند بپرهیزید.

- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید
- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید(حضور ، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید
- در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید
- در پایان گزارش از مهر شخصی نظام پرستاری استفاده کنید
- ثبت شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ثبت ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش(ارزیابی پرستاری)

دستور العمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

الف- بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما بنحوی که قابل خواندن باشد
ب- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اصلاح شد

-گزارش پرستاری همانطور که در ابتدا ذکر شد ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت

مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از:

- الف-اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه گردیده است
- ب-ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- ج-حذف نکات مهم گزارش
- د-ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است
- ذ-دوباره نویسی و تغییر گزارش
- ر-تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- ز-اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین

-برگه مخدر باید توسط پرستار مهر و امضا شود
در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد

نکاتی که پرستار بخش باید بدانند:

- رعایت فرم پرستاری و ظاهری آراسته
- رعایت مقررات و انضباط اداری
- رفتار مناسب با ارباب رجوع و همکاران و مسئولین
- نحوه اهمیت بیمار و ثبت موارد مورد لزوم
- اجرای به موقع دستورات و پیگیری تا کسب نتیجه و انتقال معلومات به دیگران
- تشخیص مشکلات و ارائه راه حل مناسب، داشتن انگیزه و پیش قدم بودن در کارها
- تکمیل بودن بالانویسی کلیه اوراق مصرفی در بخش و پرونده
- رعایت اصول گزارش نویسی
- تحویل و تحویل بخش با حضور کلیه پرسنل
- نحوه کنترل دستورات پزشک، کاردکس و اجرای آن
- نحوه صحیح تحویل و تحویل داروی مخدر و نحوه استفاده
- نحوه درست استوک نمودن داروها و تجهیزات پزشکی
- آشنایی با وسایل بخش و نحوه نگهداری آنها
- کنترل ستهای پانسمان
- نظارت بر رعایت اصول نظافت بخش و جمع آوری زباله ها
- رعایت موازین کنترل عفونت
- آموزش به بیماران و همراهان
- وجود ویلچر و برانکار دسالم در بخش
- نظارت و کنترل در نحوه توزیع غذا و آموزش به بیماران
- تسلط کامل به تمام اقدامات پرستاری
- نحوه چک کردن ORDER پزشک:

-چک کردن حتما با خود کار قرمز انجام شود- دو طرف order و بالا و پایین آن باید بسته شود تا امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد
-مهر چک شد در پایین order زده و موارد چک شده به حروف نوشته شود. تاریخ و ساعت به طور کامل نوشته شود نام پرستار حتما قید شود،
سپس پرستار باید در کنار مهر امضایم بزند

نکاتی که باید در زمان ترخیص بیمار به آن توجه کرد:

طبق گزارش پرستاری داروهای بیمار درخواست داده شود-
-آخرین order پزشک کنترل شده و گزارش پرستاری ترخیص با ذکر ساعت و مشخص کردن نوع ترخیص توسط پزشک یا بارضایت شخصی نوشته شود.
-پس از جمع شدن پرونده توسط منشی بخش پرستار مسئول شیفت باید پرونده را کنترل کرده و در صفحه اول در قسمت امضای سرپرستار و صفحه آخر برگ
هزینه امضا بزند.
(کلیه دستورات پزشک از نظر مهر و امضای پزشک، مهر چک شد پرستاری، برگ خلاصه پرونده، برگ صفحه اول پرونده از نظر کامل بودن و... بررسی شود)

مراقبتهای قبل از تزریق فرآورده های خونی:

-خون باید از نظر ABO و Rh با گیرنده سازگار باشد ولی می توان خون کامل Rh منفی را به بیمار Rh مثبت تزریق نمود
-در FFP سازگاری از نظر ABO کافی است، کراس ماچ لازم نیست ولی در تزریق به میزان زیادین پلاسما اهداکننده و گلبول قرمز بیمار را بهتر است انجام
شود
-پلاکت متراکم نباید قبل از تزریق در ریخال نگهداری شود زیرا سبب کاهش عملکرد پلاکت می شود و این فرآورده باید در عرض ۳۰ دقیقه تزریق شود
-خون و فرآورده های خونی تا ۴ ساعت پس از شروع باید تزریق شوند.
-چنانچه فرآورده ای بیش از ۳۰ دقیقه در دمای اتاق باشد نباید تزریق شود.
-چنانچه واحد خون (RBC) باز نشود در دمای اتاق باشد در عرض ۳۰ دقیقه به بانک خون برگردانده و قابل استفاده است
-خون نباید در ظرف آب داغ قرار بگیرد زیرا باعث همولیز گلبول های قرمز و آزاد شدن پتاسیم شده که خطرناک است
-فرآورده ای که ذوب شده نباید دوباره منجمد شده و باید مصرف شود، در صورت تاخیر در تزریق باید در دمای محیط نگهداری شده و در عرض ۴ ساعت مصرف
شود.
-اگر کیسه خون یا فرآورده دارای هر یک از شرایط زیر باشد به بانک خون عودت داده می شود: هرگونه نشت از کیسه، رنگ غیر طبیعی، همولیز و وجود لخته، دمای
نامطلوب، برچسب ناسالم، گذشتن تاریخ انقضای وجود حباب گاز در کیسه
-قبل، حین و بعد از تزریق خون علائم حیاتی بیمار کنترل شود.
-مشخصات بیمار و گروه خونی و برگه درخواست را با مشخصات و گروه خونی فرآورده کنترل کنید.
-واکنش های شدید اغلب در ۱۵ دقیقه اول تزریق بروز می کند، مراقب بیمار باشید
فرآورده های خونی باید توسط ست خون تزریق شود و در صورت نیاز به رقیق کردن از سرم نرمال سالین استفاده شود
-پلاسما و Red cell که در معرض دمای بالاتر از ۴۰ قرار بگیرند یا جداواکنش های شدیدی می کنند.

در ثبت مستندات در پرونده بیمار (با سایر گزارشهای مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت میشوند:

-تمام اطلاعات با خودکار نوشته میشوند
-تمام مستندات با خط خوانا ثبت میشوند
-نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت میشوند
-زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است
-در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش های بیمار، امضا و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است
-هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد
-در مستندات و گزارشهای مربوط به بیمار، هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط گیر) استفاده نشده است
در صورتی که در پرونده بیمار جمله ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته میشود « اصلاح شد » و در پایان
دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت میگردد
-به بیمار در بستر و همراهانش توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روشهای جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از
درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار ارائه می شود نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیمار و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده است
-در زمان ترخیص، پرستار مسئول بیمار، آموزشهای لازم در زمینه مراقبتهای پرستاری را به شیوه ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه
نموده و در پرونده وی ثبت مینماید
-زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده میشود
اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیمار و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می پذیرد

داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند

تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
دیگوکسین و ریدی
انسولین

سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل میکند
پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری مینماید
داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفلدار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود

