

# اصول گزارش نویسی در پرستاری

ارائه:

**حمید پیرنبی خواه**

**کارشناس پرستاری**

## تاریخچه گزارش نویسی در پرستاری



در اواسط قرن هیجده تا نوزدهم با ایجاد تغییراتی اصلاحی در جامعه ، نقش پرستاران عوض شد. و این هنگامی بود که پرستاری بر اساس بسیاری از اعتقادات فلورانس نایتینگل در سال ۱۸۲۰ بعد از جنگهای کریمه بنا شد و هر پرستار مسئول کیفیت و ثبت خدمات خود گردید و در همین زمان از استانداردها برای کسب اطلاعات ایمنی و مراقبت جامع پرستاری بهره گرفت.

## • Recording (ثبت کردن)

• گزارش کتبی که به منظور تبادل و انتقال اطلاعات اساسی (از فردی به فرد یا افراد دیگر) نوشته می شود. این اطلاعات قابل دسترسی هستند و به عناوین متعددی به آنها رجوع می شود.

## • Reporting (گزارش کردن)

• انتقال پاره ای اطلاعات به فرد یا افرادی (به صورت شفاهی یا کتبی) که از آن بی اطلاع بوده و یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.

## • Chart (چارت کردن)

• واژه معمولی برای پرونده بیمار جهت ثبت کردن اطلاعات است. چارت کردن وسیله قانونی همه سیستم های مراقبت بهداشتی است اگرها و اماها وجود ندارد. شما باید یاد بگیرید که چارت کنید و باید یاد بگیرید که خوب چارت کنید. یاداشتهای پرستاری که می نویسید قسمتی از گزارش قانونی دایمی بیمار خواهد شد. گزارشی که بعدا به عنوان مدرک در دادگاه معرفی می گردد. چارت ضعیف (ناخوانا، بی ربط و ناقص) ممکن است مانع مراقبت شود.

## اهداف گزارش نویسی بیمار

- ارتباط با دیگر اعضای تیم بهداشتی
- ثبت دستورات درمانی و تشخیصی
- برنامه های مراقبتی
- بررسی کیفیت مراقبت
- پژوهش
- تجزیه و تحلیل تصمیمات
- آموزش
- ثبت قانونی
- پرداخت هزینه و ثبت تاریخچه

## خصوصیات يك گزارش خوب :

- ۱- صحت و درستی : اطلاعات باید صحیح باشند ، پرستار آنچه را که گمان می کند اتفاق افتاده و یا آنچه را که فرد دیگری شرح داده گزارش نمی کند ، تنها اطلاعاتی را که خود از طریق مشاهده یا معاینه بدست آورده ، یادداشت می کند هم چنین از بکار بردن کلماتی مانند بنظر میرسد یا ظاهراً و... خودداری میکند .
- مثال : بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است ، قادر به انجام کارهای خود نیست و حوصله صحبت با دیگران را ندارد. بجای عبارت ' بیمار افسرده به نظر می رسد.
- هم چنین استفاده از میزانهها و واحدهای اندازه گیری به صحت و درستی گزارش کمک می کند . مثال : بیمار در ساعت ۱۸:۰۰ ، ۳۰۰ میلی لیتر آب و چای نوشیده است بجای عبارت ، موقع شام به مقدار کافی مایعات نوشیده است

۲- **اختصار** : تبادل اطلاعات بطور خلاصه سبب سهولت فهم آن میشود . افراد ترجیح می دهند گزارشات مختصر و مفید را بجای گزارشات طولانی بخوانند . در ثبت گزارشات 'پرستار تنها اطلاعات ضروری را می نویسد و سعی می کند با حداقل زمان و کلام 'پیام خود را بطور کامل و گویا انتقال دهد. مثال : انگشتان پای چپ بیمار گرم و صورتی رنگ 'بدون التهاب بوده ' بازگشت خون طی دو ثانیه انجام می شود ' نبض روی پا قوی حس می شود .

۳- **مربوط بودن** : در ثبت وقایع ، پرستار تنها اطلاعات ضروری را نوشته و از جزئیات بی ربط وقایع اجتناب می ورزد.

۴- **جامع بودن** : گزارش خوب به همان اندازه که مختصر است ' باید کامل نیز باشد. و کلیه موارد مربوط به بیمار باید ثبت گردد.

۵- **جاری و معاصر و پویا** : یادداشت یک سری از موارد باید بدون هیچ تاخیری باشد ' مانند : دادن داروها ' آمادگی برای عمل و کارهای تشخیصی ' پذیرش ' انتقال ' ترخیص و تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار ' اندازه گیری علائم حیاتی و... ' اما ثبت مواردی مثل حمام دادن ' ماساژ و... را میتوان به تاخیر انداخت .

۶- سازمان بندی : منظور از سازمان دهی اینست که وقایع را به ترتیب زمان وقوع نوشت .مثال : بیمار درد شدیدی در ربع تحتانی شکم بیان می کند که هنگام چرخیدن بدتر می شود و در حالت خوابیده به چپ به حداقل می رسد . شکم در لمس حساس و در دق مات می باشد صدای روده ها با گوشی شنیده نمی شود ' به دکتر ...اطلاع داده شد ' دستور ...جهت کاهش درد بیمار و انجام اسکن شکم داده شد .

۷- محرمانه و رازداری : پرستار نباید راجع به وضعیت بیمار با بیماران دیگر یا افرادی که عضو تیم مراقبت از بیمار نیستند ' صحبت کند .فاش کردن راز بیمار بدون اجازه وی پیگرد قانونی دارد .اطلاعات ثبت شده در پرونده ' باید دور از دسترسی بیماران دیگر باشد ' اگر پرونده گم شود ' پرستار مسئول است .پرستاران باید از ثبت اطلاعات محرمانه که در باره بیمار از سایر اعضا شنیده اند ' نام بردن تشخیص بیمار به دیگران و بحثی که راجع به سایر بیماران می شود ' در پرونده خودداری کند .

## دستورات تلفنی

- عین دستور نوشته شود و جای امضاء خالی باشد و در گزارش پرستاری ذکر شود که این دستور از کدام پزشک گرفته شده است و یک شاهد نیز باید حضور داشته باشد.
- زمان برای گرفتن امضاء ۲۴-۴۸ ساعت می باشد.





خسته گاه نشی پید  
هنوز ادامه داره...

## در و اسل نه‌وه ثبت و نگارش سیتاتیک گزارش پرستاری

کلیه همکاران پرستار موظفند به منظور ثبت و نگارش گزارش پرستاری در تمامی بخشها از این قالب که به صورت سیستماتیک بوده و مشاهدات و نظرات پرستار و اقداماتی را که در طول شیفت برای بیمار صورت می‌گیرد را که در قالب مروری بر دستگاه های بدن نشان می‌دهد، استفاده کنند.

توصیه می‌گردد در سمت چپ فرم گزارش پرستاری مشاهدات و نظرات پرستار و اقداماتی پرستاری که براساس فرایند پرستاری و مشکلات بیمار در هر سیستم برای بیمار صورت می‌گیرد به همراه سایر اقدامات درمانی و پزشکی ذکر گردد و نتیجه آن نیز در هر قسمت بیان شود. در قسمت راست فرم نیز کلیه اقدامات دارویی و مایع درمانی از جمله موارد Stat با ذکر ساعت دقیق آن ثبت شود. در مورد شیت بخش ICU نیز این موارد باید به صورت پیوسته ولی سیستماتیک ثبت گردد.

در ابتدا ضمن معرفی بیمار و اینکه بیمار در کدام سرویس بستری یا تحت نظر می‌باشد، گزارش را شروع کنید، سپس براساس قالب زیر گزارش خود را کامل نمایید.

**توجه:** در گزارش بد ورود (Arrival Note) به خصوص در مورد بیماران اورژانس به نحوه ورود بیمار، چگونگی وضعیت و ظاهر اولیه بیمار، متعلقات بیمار شامل اشیاء قیمتی، طلا، دندان مصنوعی و سایر موارد مهم و ضروری مثل شرح حال و تاریخچه به صورت خلاصه اشاره گردد.

**LOC ( سطح هوشیاری ):** در اینجا با استفاده از سیستم AVPU ( توضیح در پایان آمده است ) وضعیت هوشیاری بیمار را در گزارش ثبت کنید به طور مثال بیمار هوشیار و آگاه است و یا بیمار خواب آلوده و گیج بوده و در پاسخ به محرکهای کلامی چشمانش را باز می‌کند و ... در مورد بیماران ضربه سر، بیماران اینتوبه و زیر دستگاه ونتیلاتور، بیماران بستری در ICU باید در گزارش از معیار کمای گلاسکو ( GCS ) مخصوصاً " در بیماران تروماتی و FOUR SCORE ( توضیح در پایان آمده است ) به منظور گزارش وضعیت هوشیاری و عملکرد سیستم عصبی مرکزی ( CNS ) استفاده گردد.

**Respiratory System ( سیستم تنفسی ):** در این قسمت وضعیت تنفسی بیمار شامل نوع و الگوی تنفسی بیمار، تعداد تنفس، صداهای تنفسی ( رال، ویز، رونکای، استریدور )، میزان اشباع اکسیژن شریانی در صورت انجام پالس اکسیمتری، نحوه دریافت اکسیژن، وجود لوله تراشه یا تراکیاستومی تیوب، قرار داشتن زیر دستگاه تهویه مصنوعی با

ذکر پارامترهای اصلی دستگاه مثل مد ، حجم جاری ، تعداد تنفس و ... میزان ترشحات دستگاه تنفس و رنگ و بوی آنها، وجود چست تیوب و عملکرد آن و به طور کلی هر آنچه که در مورد وضعیت راه هوایی و تنفس بیمار باید ذکر گردد بایستی در گزارش ثبت شود. اقداماتی مثل ساکشن تراشه و حلق ، فرستادن کشت خلط و یا سایر ترشحات دستگاه تنفس باید در قسمت مداخلات در سمت راست برگه گزارش پرستاری نوشته و درج شود نه در قسمت مشاهدات و نظرات پرستار و بهتر است علائم حیاتی بیمار نیز در مورد هر سیستم در همان قسمت ثبت گردد به طور مثال : بیمار با تنفس خودبخودی ولی همراه با زجر تنفسی که با ماسک ساده ۸ لیتر در دقیقه اکسیژن دریافت می کند. ۲۲ : RR و ۹۲٪ : Sp<sub>2</sub> اقدامات : وضعیت نیمه نشسته ، تعویض ماسک ساده با ماسک یکطرفه بعد از تماس با پزشک معالج یا پزشک بیهوشی

**Cardiovascular System (سیستم قلب و عروق) :** در این قسمت وضعیت همودینامیک بیمار شامل ریت و ریتم قلبی بیمار در صورت مانیتورینگ ، فشارخون ، میزان CVP و یا فشار Arterial Line در صورت وجود ، اشاره به محل وجود آنژیوکت ، CVP یا شالدون ، فیسجول ، کات دان و ... میزان و نوع سرم دریافتی بیمار به طور مثال سرم نرمال سالین به همراه ۱۵ سی سی KCL ۲۰ قطره در دقیقه در جریان است. که بایستی در قسمت داروها نوشته شود در طول این شیفت بیمار چه میزان مایع براساس این دستور گرفته است نه اینکه این دستور در قسمت داروها ذکر گردد. (N/S 1000 CC/ IV/ with 7/5 cc kcl/ 600 CC) و در سمت چپ ذکر گردد چه میزان سرم به شیفت بعد تحویل داده شد. دریافت خون و فرآورده های خونی نیز باید در این قسمت ذکر گردد. مثال این قسمت شامل : بیمار همراه با تاکیکاردی سینوسی به همراه PR: 110 PVC و BP: 90/60 آنژیوکت سبز در دست راست بیمار قرار داشته و بیمار ۲۵ قطره در دقیقه سرم دکستروزسالین دریافت می کند. در طول شیفت ساعت 2PM بیمار دچار کاهش فشار خون گردید. اقدامات : ۵۰۰ سی سی سرم نرمال سالین به صورت Stat به بیمار داده شد. جواب آزمایشات غیر طبیعی در مورد هماتولوژی و وضعیت گردش خون نیز بهتر است در گزارش پرستاری در همین قسمت نوشته شد. Hb : 7 و یا اختلال پلاکت و یا تغییر در INR , PTT , PT در برخی بیماران و یا تغییرات آنزیم های قلبی

**GI System (سیستم گوارش) :** در این قسمت اشاره به PO یا NPO بودن بیمار ، نوع رژیم غذایی ، اشتهای بیمار ، وجود NG و یا OG Tube ، دستور و میزان گاوآژ ، اتصال به بگ یا ساکشن ، و رنگ و بوی غیرطبیعی ترشحات معده ، وجود کلهتومی ، گاستروستومی و یا PEG ، وجود تهوع و استفراغ ، بیبوست ، اسهال ، نفخ شکم ، بی اختیاری در دفع ، اما و سایر موارد مرتبط با سیستم گوارشی باید ذکر شود. به طور مثال : NG Tube در محل خود قرار داشته و ۱۵۰ سی سی گاوآژ هر ۴ ساعت صورت گرفت. بیمار در طول شیفت دچار بیبوست و نفخ شکم گردید که با پزشک مربوطه هماهنگی لازم صورت گرفت. اقدامات : شیاف بیزاکودیل ۱ عدد برای بیمار گذاشته شد. موارد و مشکلات سیستم غدد درون ریز نیز در همین قسمت باید ثبت شود.

در ضمن در صورت داشتن چارت قند خون و وجود پروتکل انسولین نیز در همین قسمت باید میزان قند و انسولین دریافت شده بیمار ذکر گردد.

**Urinary System (سیستم ادراری):** در این قسمت مواردی مثل وجود فولی ، کاتتر سوپراپوبلیک ، نفروستومی ، وجود یا عدم وجود دیورز به صورت اولیگوری ، پلی اوری ، آنوری ، رنگ ادرار ، احتیاس ادراری ، میزان جذب و دفع ، انجام دیالیز و سایر موارد مرتبط با این سیستم از جمله موارد غیر طبیعی در آزمایشات الکترولیت ها مثل هیپر کالمی ، اوره ، کراتینین و .... باید ذکر گردد . بطور مثال : فولی در محل خود قرار داشته و دیورز برقرار است رنگ تیره و همراه با هماچوری می باشد اقدامات مراقبت از فولی صورت گرفت . میزان I&O چک شده و در فرم مخصوص چارت گردید . پرستار شبکار باید میزان I&O ۲۴ ساعته بیمار را جمع زده و در گزارش خود در همین قسمت ذکر کند . میزان ترشحات چست تیوب ، همواگ و سایر درنرها و در بخش سوختگی میزان دفع ترشحات زخم و یا خونریزی حین دبرید مان هم باید در انتها به out put اضافه شود. موارد و مشکلات سیستم تناسلی و یا حاملگی نیز در همین قسمت باید ثبت شود .

**Musculoskeletal System (سیستم عضلانی - اسکلتی):** در این قسمت مواردی مثل فعالیت بیمار شامل: CBR (استراحت مطلق) و یا اجازه خارج شدن از تخت ، داشتن فعالیت طبیعی در اندامها ، فلج یا بی حس اندامها ، تورم و بد شکلی در اندامها ، بررسی حس ، حرکت و نبض در مورد جراحات بافت نرم و یا شکستگی ها و یا درفتگیها در دیستال اندام مبتلا، وجود آتل یا گچ در اندامها ، وجود تراکشن اسکلتی یا پوستی با ذکر میزان وزنه ها در مورد لگن یا استخوان ران وجود بانداژکشی یا آویزان بودن اندام ، پانسمان و بانداژ در اندام ها ، توجه به استفاده متناوب از کیسه یخ ، بالا نگه داشتن اندام مبتلا و سایر موارد مربوط به این سیستم باید ذکر گردد. به طور مثال آتل بلند زیر پای راست بیمار قرار داشته و حس ، حرکت و نبض اندام طبیعی می باشد . اقدامات : قرار دادن کیسه یخ به طور متناوب و بالا گرفتن اندام به اندازه ۳۰ درجه از سطح قلب

**Skin (پوست):** در این قسمت مواردی مثل رنگ پوست (رنگ پریدگی ، زردی ، برافروختگی ، و سیانوز) ، شرایط و دمای پوست (خشک ، مرطوب ، سرد ، داغ ، راش ، و کهیر ، زخم و ...) ، خارش تورم، تورگور پوستی، درجه حرارت بدن شامل تب ، هایپر ترمی و هیپوترمی ، وجود زخم بستر اندازه و درجه و محل آن و سایر موارد مرتبط با پوست بیمار باید ذکر گردد . بطور مثال : پوست بیمار گرم و برافروخته است . بیمار تب دار ۳۸/۵ : T زیر بغلی دارد . در ناحیه ساکروم بیمار یک زخم بستر درجه دو به اندازه ۵×۵ دارد که به وسیله کامفیل پانسمان صورت گرفت . اقدامات : تغییر پوزیشن بیمار هر دو ساعت با همکاری کمک بهیار یا خدمات بخش انجام گرفت Wet sponge (پا شویه با اسفنج مرطوب) و استفاده از شیاف استامینیفن طبق تماس تلفنی با پزشک یا بر اساس دستور موجود در

کاردکس اجرا ش. - در بخش سوختگی باید به ماده سوزاننده ، محیطی که سوختگی در آن رخ داده مثلا" در محیط بسته یا باز، مدت زمانی که از حائه گذشته است ،به وسعت زخم ، نوع ودرجه سوختگی ، شرایط زخم(تمیز ،آلوده و نوع ماده آلاینده مثل قیر و یا...) ،میزان ترشحات ، نوع موادی که قبل از مراجعه به بیمارستان توسط همراهان یا مراکز درمانی دیگر جهت پانسمان استفاده شده است در اولین گزارش پرستاری ثبت گردد ، دبریدمان ، اسکاروتومی، نوع حمام ، نوع پماد مورد استفاده جهت پانسمان ، وضعیت عمومی بیمار قبل ،بعد ودر حین حمام و پانسمان ،عفونی و غیر عفونی بودن زخم ، خونریزی از زخم و مراقبتها و داروهای قبل و بعد از پانسمان و...اشاره گردد.

Psychological & Behavior (وضعیت رفتاری و روحی بیمار): مواردی مثل پرخاشگری ، آژیتاسیون و بیقراری ، غمگین و گوشه گیر بودن ، آرام بودن و همکاری و یا عدم همکاری بیمار برای اقدامات درمانی و سایر موارد مرتبط با وضعیت رفتاری و روحی بیمار به طور مثال : بیمار در طول شیفت بیقرار و پرخاشگر بود و همکار مناسبی برای ارائه مراقبت و انجام اقدامات درمانی نداشت.

Patient Education (آموزش به بیمار): کلیه موارد آموزش به بیمار یا همراهان بایستی در ارتباط با هر سیستم و مراقبتهای آن در قالب همان سیستم ثبت گردد.

Fallow Up (پیگیری های ضروری): در انتهای هر گزارش باید تمامی موارد مهم و قابل پیگیری شامل جواب آزمایشات ، اقدامات تشخیصی و درمانی ، گرافی و اسکن ها و آمادگی بیمار برای پروسیجرهای خاص یا عمل جراحی که باید توسط بخش و پرستار بعدی بیمار صورت گیرد در این قسمت ذکر شود .

Discharge planning ( برنامه ریزی ترخیص ):در این قسمت برنامه ریزی حین ترخیص در مورد بیمار و آموزش های داده شده به بیمار و همراهان در زمان ترخیص در مورد مواردی مثل داروهای بیمار ، زمان مراجعه به درمانگاه و سایر توصیه های مهم باید ذکر گردد.

Incident Report ( گزارش حادثه ): در صورت بروز حادثه برای بیمار باید شرح ماوقع به طور دقیق و با ذکر تمامی جزئیات در گزارش ذکر گردد در ضمن درمورد CPR و گزارش فوت نیز باید تمامی مراحل و فرایندهای طی شده به طور دقیق در گزارش قید شود .

## بررسی سطح هوشیاری به روش AVPU

**A: Alert** (بیمار آگاه به زمان و مکان است).

**V: Verbale Response** (بیمار پاسخ کلامی دارد).

**P: Pain Response** (بیمار به تحریک درد ناک جواب میدهد).

**U: Un Response** (بیمار به تحریک دردناک هم جواب نمیدهد).

## **FOUR SCORE**

**Four score** ابزار جدیدی برای ارزیابی سطح هوشیاری (LOC) می باشد. که چهار جزء را در بیماران بررسی می نماید: ۱- پاسخ چشمی ۲- پاسخ حرکتی ۳- واکنشهای ساقه مغز ۴- وضعیت تنفس. امتیاز هر جزء از ۰ تا ۴ و در نتیجه امتیاز کل این ابزار از ۰ تا ۱۶ است. این ابزار بر خلاف سایر مقیاس ها مثل GCS توانایی تشخیص شرایطی مثل Lacked-in Syndrom (سندرمی که در آن بیمار هوشیاری دارد، اما قادر به انجام حرکات ارادی نمی باشد) و Vegetative state (حالتی که در آن بیمار بیدار می باشد اما هوشیاری ندارد) را داشته و پیش آگهی بیماران را به صورت واقعی و دقیقتر بیان می کند. در ضمن مشکلات مربوط به بررسی پاسخ کلامی GCS را هم ندارد. این ابزار وسیله ارتباطی موثری برای ارزیابی شرایط بالینی بیماران بین پرستاران و پزشکان می باشد.

<p>پاسخ چشمی Eye Response</p>	<p><b>E4:</b> در صورت باز بودن پلکها یا باز کرن آنها) در مواردی که چشمها بسته است) به همراه دنبال کردن انگشت معاینه کننده یا یک شی و با پلک زدن</p>
<p><b>نکات بالینی:</b></p> <p>- ارزیابی پاسخ چشمی حداقل سه بار باید انجام شود. - در بیماران با ترومای صورت با ادم شدید پلکها پاسخ یکی از چشمها بعد از باز کرن پلک به صورت دنبال کردن حرکات و یا پلک زدن کافی است. - در صورتیکه چشمها حرکت انگشت به صورت افقی را دنبال نمی کنند، حرکت عمودی راد ر نظر بگیرید و یا دو بار پلک زدن را ثبت و امتیاز ۴ بدهید.</p>	<p><b>E3:</b> در صورت باز بودن پلکها بدون دنبال کردن حرکت انگشت معاینه کننده(چشمها ثابت است)</p>
	<p><b>E2:</b> در صورت باز بودن پلکها و باز کردن با صدای بلند</p>
	<p><b>E1:</b> در صورت بسته بودن پلکها و باز کردن با محرک درد ناک</p>
	<p><b>E0:</b> در صورت بسته بودن پلکها و باز نکردن حتی با محرک دردناک</p>
<p>پاسخ حرکتی Motor Response</p>	<p><b>M4:</b> در صورت مشت کردن دست یا بالا آوردن شست یا نشان دادن علامت صلح به دستور معاینه کننده (توسط یکی از دستها)</p>
<p><b>نکات بالینی:</b></p> <p>- به منظور اعمال تحریک دردناک توسط معاینه کننده روش های ایمنی مثل قرار دادن خودکار در بین انگشتان دست، فشار روی بستر ناخن ها، فشار روی عصب سوپرا اوربیتال توصیه می شود. - با توجه به شرایط فرهنگی کشور ما برای دادن دستور از بیمار بخواهید دست شما را فشار دهد و یا دست خود را مشت کند.</p>	<p><b>M3:</b> در صورت لمس دست معاینه کننده بعد از فشار و تحریک دردناک (حرکات لوکالیزه)</p>
	<p><b>M2:</b> در صورت فلکسیون اندام فوقانی به محرک درد ناک (وضعیت دکورتیکه)</p>
	<p><b>M1:</b> در صورت حرکات اکستانسیون اندامها به محرک دردناک (وضعیت دسربره)</p>
	<p><b>M0:</b> در صورت عدم پاسخ به محرک درد ناک یا در صورت استاتوس اپیلتوس (صرع مداوم)</p>
<p>واکنشهای ساقه مغز. Brain Stem Reflexes</p>	<p><b>B4:</b> در صورت وجود واکنشهای مردمک و قرنیه</p>
<p><b>نکات بالینی:</b></p> <p>- برای بررسی قرنیه جهت جلوگیری از آسیب قرنیه چکاندن ۲ تا ۳ قطره از سرم نمکی بر روی قرنیه از</p>	<p><b>B3:</b> در صورت متسع و ثابت بودن یکی از مردمکها</p>
	<p><b>B2:</b> در صورت عدم وجود هر کدام از واکنشهای مردمک و قرنیه</p>

<p>فاصله ۱ تا ۱۵ سانتی متری به وسیله سرنگ توصیه می شود، که در پاسخ باید پلک زده شود.</p> <p>-تنها در صورتی که هم واکنش مردمک و هم قرنيه وجود نداشته باشد، <b>واکنش سرفه</b> با استفاده از ساکشن تراشه بررسی می گردد.</p>	<p><b>B<sub>1</sub></b>: در صورت عدم وجود هم واکنشهای مردمک و هم قرنيه</p> <p><b>B<sub>0</sub></b>: در صورت عدم وجود واکنشهای مردمک، قرنيه و سرفه</p>
<p>تنفس <b>Respiration</b></p>	<p><b>R<sub>4</sub></b>: در صورت اینتوبه نبودن و داشتن الگوی تنفسی منظم</p>
<p><b>تکات بالینی:</b></p> <p>-الگوی تنفسی شین استوک به صورت دوره های افزایش و سپس کاهش عمق تنفس همراه با وقفه های تنفسی (آپنه) افزایشده پراکنده در بین این دوره ها تعریف می شود.</p>	<p><b>R<sub>3</sub></b>: در صورت اینتوبه نبودن و داشتن الگوی تنفسی شین استوک</p>
<p>- الگوی تنفسی <b>Biot</b> و <b>Atoxic</b> نمونه هایی از الگوی تنفسی نامنظم می باشد.</p>	<p><b>R<sub>2</sub></b>: در صورت اینتوبه نبودن و داشتن تنفس نامنظم</p>
<p>- الگوی تنفسی <b>Biot</b> و <b>Atoxic</b> نمونه هایی از الگوی تنفسی نامنظم می باشد.</p>	<p><b>R<sub>1</sub></b>: در بیماران تحت تهویه میکانیکی تعداد تنفس خود بیمار بالاتر از تعداد تنظیمی ونتیلاتور</p>
<p>- الگوی تنفسی نامنظم می باشد.</p>	<p><b>R<sub>0</sub></b>: در بیماران تحت تهویه میکانیکی، تعداد تنفس در محدوده تعداد تنظیمی ونتیلاتور یا آپنه</p>



# Case reporte

ساعت ده صبح در یک شیفت نسبتاً شلوغ بخش اورژانس فردی که از داربست سقوط کرده توسط کارگران ساختمان به اورژانس آورده میشود. نیمه هوشیار و نالان است و سرش خون آلود می باشد. پای چپ شلوارش پاره شده و علائم خونریزی دارد. توسط پزشک اورژانس ویزیت شده و گرافی و سی تی اسکن و سرم و مسکن و پانسمان و ویزیت ارتوپد دارد. درد شدید دارد.

۱- اقدامات لازم

۲- گزارش پرستاری

پرستاری هنر عشق ورزیدن به دیگران در  
سخت ترین شرایط زندگی شخصی است  
پس سعی کنیم هنرمندانی باشیم  
که.....

در یادها می مانند....

باشکر از توجه شما

