

## السجلات والتقارير

### مقدمة:

يتضمن عمل هيئة التمريض بنوعياتها المختلفة من رئيسة التمريض - المشرفات - رئيسات الوحدات والمرضيات كتابة العديد من التقارير وتسجيل البيانات الصحية والتمريضية. وتعتمد عملية قياس درجة الجودة والتخطيط للخدمات الصحية التمريضية على دقة التسجيل وكفاءة السجلات والتقارير. لذلك يجب الاهتمام بالسجلات والتقارير بحيث تكون المعلومات صحيحة وكاملة ودقيقة ومسجلة بطريقة واضحة.

### أهمية السجلات والتقارير :

- للسجلات والتقارير فوائد هامة وعديدة ، يمكن تلخيصها فيما يلي :
- ١ - سجل لأعمال الوحدة وأعمال الممرضة من حيث الكم والنوع ليتمكن الرجوع إليها عند الضرورة.
  - ٢ - إحدى الوسائل التي تستعمل لمراقبة جودة الرعاية.
  - ٣ - وسيلة الاتصال بين العاملين بالوحدة والمستشفى.
  - ٤ - أداة للاسترشاد عند تخطيط الخدمات الصحية والتمريضية.
  - ٥ - أداة للاسترشاد عند تنظيم برامج تعليمية ودورات تدريبية للعاملين.
  - ٦ - وسيلة للتعرف على الحالة في المجتمع والمشكلات والأمراض الشائعة وطرق علاجها.
  - ٧ - أداة لإجراء أبحاث مقارنة في مجالات الصحة والتمريض.
  - ٨ - مستند يمكن الاعتماد عليه في المشكلات القانونية لحماية المرضى والعاملين والمؤسسات الصحية.

### الصفات المميزة للتسجيل والتقرير الجيد :

- ١ - الدقة والوضوح والأمانة في التسجيل.
- ٢ - أن تكون البيانات كاملة وصحيحة ومرتبطة في تسلسل وموضوعية.
- ٣ - دقة التوقيت عند التبليغ عن معلومات معينة هامة ، أو حوادث أو كوارث لا تحتمل التأجيل ، إذ يجب أن يحدث التبليغ فوراً وفي الميعاد المحدد.
- ٤ - يجب أن يذيل التقرير بتوقيع المُبلِّغ أو الكاتب ووظيفته والتاريخ وأيضاً الساعة أحياناً.

### أولاً : التقارير

التقرير عبارة عن رسالة شفوية أو مكتوبة ، الغرض منها توصيل معلومات عن موضوع معين أو حادث للتسجيل أو التبليغ أو لاتخاذ إجراء معين. وعادة أن التقارير تُرفع من المرؤوس إلى الرئيس بصورة منتظمة وفي أوقات محددة، ما عدا الحوادث والكوارث فإنها تبلغ فور حدوثها. والتقرير الجيد هو الذي يوصل المعلومة بأسلوب واضح ودقيق باستعمال الجمل البسيطة وبدون تكرار، واستعمال كلمات واضحة ليس فيها غموض أو تحتمل أكثر من معنى ، وتقادى استخدام المبنى للمجهول ، وانتقاء

الكلمات المناسبة التي توضح الغرض ، مع تحرى الدقة فى الكتابة ، ومراعاة أن يكون هناك وقت كافٍ للصياغة والمراجعة قبل التوقيع. ويجب الاحتفاظ بصورة من التقرير للرجوع إليها عند اللزوم.

#### والتقرير عادة يتكون من الأجزاء الآتية :

- ١ - اسم الشخص أو الجهة المرسل إليها التقرير .
- ٢ - عنوان التقرير ، ويجب أن يكون مختصراً وواضحاً ودالاً على موضوع التقرير .
- ٣ - ملخص مبسط للموضوع .
- ٤ - المقدمة ، وتشمل عرضاً سريعاً لتاريخ الموضوع وتطوره والملايسات الخاصة التي تحيط به من حيث الزمان والمكان والأشخاص .
- ٥ - الجزء الرئيسي من التقرير ، ويشمل عرضاً كاملاً للموضوع من واقع الملاحظة والمقابلات والوثائق .
- ٦ - النتيجة التي توصل إليها كاتب التقرير ورأيه الشخصي للعلاج أو الحل .
- ٧ - الخلاصة والتوصيات .
- ٨ - التوقيع والوظيفة والتاريخ .

#### والتقارير أنواع كثيرة منها :

النماذج المطبوعة والموحدة فى جميع المستشفيات والوحدات ، مثل التقارير الإحصائية ، أو التقارير المرفقة بالعينات للمعامل ، أو طلب عمل أشعة ... الخ .

وهناك التقارير التي تكتبها رئيسة التمريض أو المشرفات والمرمضات ، وهي التي تتعلق بالخطة التمريضية كتوزيع العمل - المناوبات - تقييم الأداء - عرض المشاكل والحلول - التحقيق فى الإهمال أو المخالفات ... الخ .

وكذلك توجد تقارير شفوية مثل التي تتم عند التسليم والتسلم بين المناوبات (Oral Shift Report) ويفضل أن تسجل هذه المعلومات فى تقرير كتابي أيضاً للرجوع إليه عند اللزوم .

وطرق الاتصال من الرئيس للمرؤوس (Shift Report) تكون فى صورة أوامر إدارية أو تعليمات - دليل عمل - دوريات للوحة الإعلانات - وأحياناً تكون فى صورة تعليمات شفوية .

ومعظم الاتصالات المكتوبة من الإدارة إلى العاملين تصدر فى شكل أوامر إدارية ، دليل عمل ، دوريات للوحة الإعلانات .

أما البيانات والمعلومات المكتوبة التي توصل من العاملين إلى الرؤساء فربما تتضمن بيانات ومعلومات إحصائية عن كمية ونوع الخدمات والتقارير المكتوبة من المرؤوسين للرؤساء ربما تؤثر على تخطيط الخدمات وعلى أخذ القرارات الخاصة بحل المشاكل ، مما ينتج عنه إنجاز الأهداف . والإدارة الجيدة تعطى الإرشادات والتوجيهات للعاملين عن نوعية البيانات والمعلومات الإحصائية التي يجب أن يتضمنها التقرير الخاص بكل قسم أو وحدة تمريضية .

أما التقارير المعدة بواسطة المشرفات أو رئيسات التمريض عادة ما تكون متصلة بحل المشاكل وما تم إجراؤه ، وما يجب عمله ، وكذلك تقييم للإنتاج الحالي ونوعية الرعاية ، مع تقديم الاقتراحات لحل المشاكل التي تكون خارج تحكمهم وسلطانهم . ويمكن الاحتفاظ بالتقارير المكتوبة كوثائق ومصدر يمكن الرجوع إليه إذا كانت تحتوى على معلومات صحيحة ودقيقة وحقيقية .

## التقارير الخاصة بإدارة التمريض :

### ١ - تقرير استلام وتسليم المناوبة Shift Report :

هو أقدم تقرير في قسم التمريض ، والحقيقة أن طول بقائه هذا يرجع إلى أهميته في دفع أهداف العمل إلى الأمام. فبالرغم من إدخال التغييرات الكثيرة على طريقة كتابته إلا أنه مازال ضرورياً كوسيلة اتصال لنقل المعلومات ومتابعتها من مجموعة ممرضات إلى مجموعة أخرى أثناء العمل اليومي على مدار ٢٤ ساعة. هذه التقارير الكتابية تمد الممرضة بملاحظات عن المرضى وما حدث لهم خلال الفترة السابقة لعملهن. ومن أهمية هذا التقرير أن عدد كبير من الممرضات وأعضاء الفريق الصحي يجتمعون مع رئيسة التمريض لإعطاء البيانات اللازمة قبل كتابة وإثارة أسئلة والوصول إلى أسئلة والوصول إلى إيضاحات وحلول للمشاكل. فتقرير المناوبة يجعل الممرضة على علم بما حدث ، ومن ثم يكون التمريض الذي سيعطى بناءً ومستمرًا ومبنيًا على هدف معين ومدرّوس ، وكذلك فهذه التقارير لها إمكانيات تعليمية كامنة وقت تغيير المناوبة.

وهذا التقرير يكتب بواسطة رئيسة تريض الوحدة ومكون من نسختين ، يتم إرسال نسخة إلى رئيسة قسم التمريض ، ونسخة للعاملين بالوحدة ، ويشتمل على وصف كامل لكل من :

- إحصائية المرضى أو المنتفعين بالخدمات.
- حالات المرضى الذين حدث لهم تغيير أو مضاعفات.
- حالات المرضى الذين يتبعون علاجاً أو أبحاثاً معينة.
- حالات الدخول والخروج ، والتحويل ، والوفيات.
- الحالات الحرجة.

### ٢ - تقرير إحصاء المرضى Midnight Census Report :

تقرير عن عدد المرضى بالقسم الداخلي للرعاية أو بأقسام المستشفيات في وقت محدد - وغالباً عند منتصف الليل - والممرضة " السهرانة " مسئولة عن كتابة هذا التقرير ، والغرض منه معرفة عدد المرضى بالقسم الداخلي في أي وقت ، ونسبة إشغال الأسرة ، وعدد الأسرة الخالية.

### ٣ - تقارير عن مشاكل العمل ومدى التقدم في إتباع الحلول المقترحة :

إن كتابة التقارير الخاصة بمشاكل العمل ، مع إعطاء التوصيات لحلها يكون أداة مؤثرة للحصول على الحقائق ، وللمساعدة على توجيه المناقشة لمشكلة خاصة في الاجتماعات ، وكذلك تعطى إرشادات لنظام المتابعة. كما تساعد هذه التقارير الممرضات الأخريات وجميع أفراد الفريق الصحي والرؤساء في معرفة الأسباب الحقيقية خلف هذه المشاكل حتى يستطيعون مواجهة ما يحدث من مشاكل مشابهة في المستقبل ، وعند تقييم التقدم في حل هذه المشاكل وفي تحقيق الأهداف المرجو من العمل.

ويجب إتباع التالي عند كتابة التقارير الخاصة بمشاكل العمل :

- ١ - تعريف المشكلة وحجمها.
- ٢ - إعطاء بيان دقيق عن الأخطاء وما يراد إصلاحه.
- ٣ - تحليل الأسباب التي أدت إلى هذه الأخطاء.
- ٤ - تذكر جذور المشكلة كما يراها كاتب التقرير.
- ٥ - الحلول المقترحة للتخلص من أسباب المشكلة ، مع إيضاح الأشخاص الذين سيقومون بتنفيذ هذه الحلول.

#### ٤ - تقارير عن الحوادث والمواقف الطارئة :

من مسؤوليات هيئة التمريض الحفاظ على سلامة ورفاهية المرضى والمنتفعين بالخدمات الصحية بالمستشفيات والوحدات الصحية ، فهن مسئولات عن تنفيذ ومتابعة الخطط العلاجية والتمريضية لهؤلاء المرضى ، وكذلك عن تقادى الحوادث والأخطار التي قد تطرأ في المستشفيات والوحدات الصحية. ومن أجل تبصير وتحديد واجبات أفراد هيئة التمريض في حالة الكوارث أو حالة الطوارئ ، يجب تعريفهن على نظام المستشفى أو الوحدة وكيفية تبليغ رؤسائهن في العمل عند حدوث الكوارث الداخلية ، وكذلك كيفية القيام بواجباتهن حيالها. كما أن أفراد هيئة التمريض مسئولات عن التحكم في الحالات المعدية وعدم تسربها وانتشارها ، وكذلك العوامل التي تساعد على انتشار العدوى في المستشفى وكيفية القضاء عليها. وللتأكد من ضمان بيئة آمنة وصحية داخل المستشفيات فعلى هيئات التمريض أن تحرص على أداء واجباتهن بطريقة تقلل من حدوث المخاطر الصحية والأخطاء ، وذلك لحماية المرضى وحماية لأنفسهن والعاملين معهن ، أى الوقاية من الحوادث والأخطار الطبيعية (مثل السقوط على الأرض أو الاصطدام بجسم صلب) حرائق - أخطار كهربية ، كذلك الوقاية من انتشار العدوى بين المرضى.

#### ٥ - تقرير الحوادث الطارئة وأخطاء العلاج Incident Report:

عند وقوع حادث أو خطأ في الأداء من الأفراد القائمين بالرعاية الصحية ويتسبب في أذى للمريض، يطلب كتابة هذا التقرير من الشخص المسئول ، مثل تنفيذ علاج خطأ - حرق المريض - وقوع المريض.

#### ويتضمن التقرير الآتى :

- ١ - اسم المريض والتشخيص.
- ٢ - تاريخ الدخول.
- ٣ - وقت ملاحظة الموقف وتبليغه.
- ٤ - ماذا تم لمنع حدوث الحالة.
- ٥ - ملاحظات الموقف وأبعاده ، والعوامل غير العادية التي أثرت على البيئة وقت حدوث الموقف،
- ٦ - الخطوات التي اتخذت لتقييم الموقف ولعلاج الخطأ.
- ٧ - التاريخ وتوقيع الأفراد كاتبى التقرير.
- ٨ - اقتراحات رئيسة التمريض لمنع حدوث مثل هذا الخطأ ، ويرسل التقرير إلى رئيسة قسم التمريض. وهذا التقرير يمكن استخدامه كمؤشر لتقييم أداء العاملين ، وقياس جودة الرعاية.

#### ٦- التقارير الخاصة بشكاوى المرضى :

يجب أن تبُلغ شكاوى المريض في الحال لرئيسة التمريض، ومن الأهمية أن تتعرف كل من قادة الفريق التمريضي وأفراده على شكاوى المرضى وأقاربهم منذ بداية الشكاوى حتى لا تتفاقم، وحتى يسهل دراسة الخطط التمريضية وتحليلها لإيجاد الحلول المناسبة في الوقت المناسب.

ومن الممكن أن تكون الشكاوى المقدمة من المرضى وأقاربهم والخاصة بنوعية الخدمات المقدمة بمثابة نوع من الاشتراك الفعال لتوجيه هذه الخدمات لما فيه مصلحة المرضى والعاملين والمؤسسة على السواء ، وذلك عن طريق إشراك المريض في تنفيذ الخطة الموضوعية للعناية به. ولذلك يجب على أفراد هيئة التمريض النظر بموضوعية لشكاوى المريض ومساعدته لتقبل التكيف المتطلب أثناء بقائه بالمستشفى.

ويتضمن مثل هذا التقرير الآتي :

- \* مضمون الشكاوى ومبرراتها كما وردت بواسطة المريض.
- \* الإجراءات التي اتخذت للتغلب على الشكاوى.
- \* النتيجة.
- \* التاريخ والتوقيع.

#### ٧- التقارير الإدارية :

أحياناً ما تطلب السلطة التنفيذية والمديرون بالمستشفيات والوحدات الصحية كتابة وتقديم تقارير شهرية أو ربع سنوية أو سنوية من كل قسم أو وحدة بالمؤسسة أو المستشفى. وربما يطلب قسم الخدمات التمريضية تقارير مكتوبة ودورية من رئيسات التمريض والوحدات التمريضية بالمستشفى.

ويتضمن مثل هذا التقرير الآتي :

- \* سرد مختصر لأنشطة الوحدة ونوعية العمالة التمريضية وعدد ساعات العمل والمناوبات وإحصائيات خاصة بالولادات وحالات الدخول والخروج والوفيات والزيارات المنزلية.
- \* الإمكانيات الحالية من الآلات والأدوات وحالة الصيانة.
- \* المشاكل التي تؤثر على العناية التمريضية بالنسبة للأيدي العاملة والبيئة والآلات والأدوات.
- \* سرد لأسباب إحداث التغيير في نمط العمل من ناحية العمالة أو الموارد، ونتيجة هذا التغيير، مع إعطاء الدلائل والمؤشرات التي تثبت هذه التغييرات ونتائجها.

ويجب أن تأخذ هذه التقارير مأخذ الجد من الرؤساء ، وأن تتابع نتائجها حتى يتم إحداث التغييرات المطلوبة لرفع مستوى الخدمات بالوحدات الصحية ، فإذا لم تؤخذ مأخذ الجد تعتبر هذه التقارير مضيعة للوقت ولطاقة وتصبح غير منتجة.

#### ثانياً : السجلات

السجلات هي أداة إدارية تستعمل لحفظ وترتيب المعلومات ومنع تكرارها ، وهي تساهم في تحقيق أهداف الإدارة وفي العملية التعليمية وفي القيام بالأبحاث العلمية.

وفيما يلي أنواع السجلات المختلفة التي تستعمل في الوحدات التمريضية :

#### ١ - ملف المريض :

وهو المستند الذي يدل على نوعية الرعاية الصحية التي تعطى للمرضى أو المنتفعين بالخدمات الصحية ، فهي :  
\* تشمل المعلومات التي تخص المريض منذ دخوله المستشفى ، وكذلك رد فعل المريض للعلاج والخدمات التي قدمت له.

\* كما أنها تحتوى أيضاً على السجلات الخاصة بالاستشارة للعلاج والعمليات الجراحية.

\* وكذلك توجد بها أوراق منفصلة لتسجيل العلاج بالأدوية.

فهي ليست فقط سجلات لتجميع المعلومات عن المريض ، ولكنها تعتبر أيضاً وثيقة قانونية تستخدم عندما يلزم الأمر في حالات القضاء . لذا فالبيانات التي يتضمنها ملف المريض يكون لها طابع الخصوصية .  
وهناك جهوداً عديدة تبذل للرفع من مستوى كفاءة استخدام السجلات كأداة إدارية .

#### ويستعمل سجل ( ملف ) المريض في الأغراض الآتية :

- \* المساعدة على الوصول إلى التشخيص والعلاج.
- \* تسجيل الخدمات التي تعطى للمريض .
- \* تسجيل الخدمات التي تعطى للمريض .
- \* المساهمة في التعليم وإجراء الأبحاث .
- \* يستخدم كوثيقة قانونية هامة في الحالات المعروضة على القضاء .
- \* يستخدم في قياس درجة الجودة عند تقييم الخدمات .

#### مسئولية الممرضة بالنسبة لملفات المرضى :

تنظيم وترتيب سجلات الجدد من المرضى ، وعلى أن تتضمن هذه الملفات الآتى :

- \* البيانات الشخصية للمرضى .
- \* الاستمارة الخاصة بالعلامات الحيوية والخاصة بملاحظات الممرضة .
- \* استمارات المعامل والأشعة والسجلات الأخرى للأقسام التخصصية .
- \* أوراق العلاج .

#### مسئولية رئيسة تمريض الوحدة تجاه حفظ سجلات المرضى :

- \* يجب أن تحفظ السجلات بمكان أمين بعيداً عن العبث والضياع .
- \* عدم إعطاء السجلات للآخرين إلا في حالة تحويل المريض ، أو للدراسة ، أو للطبيب المعالج .
- \* عدم فصل أي ورقة من ملف المريض أو المتردد لأي سبب من الأسباب .
- \* لا يسمح بقراءة السجلات لأي شخص من أقارب أو أصدقاء أو عائلات المرضى إلا بإذن كتابي من مدير المستشفى أو الوحدة .
- \* إعطاء إرشادات وتدريبات للممرضات الجدد عن كيفية تدوين الملاحظات الكاملة والصحيحة .

- \* عند خروج المريض يجب التأكد من أن السجل منظم وصحيح وكامل قبل إرساله إلى المكتب المسئول عن حفظه (قسم السجلات الطبية).
- \* يجب أن تحتوى سجلات المرضى والتقارير حالة تقدم المريض منذ دخوله وحتى خروجه من الوحدة ، وأن تكون التفاصيل كافية حتى يسهل استخدامه في متابعة حالة المريض كلما لزم الأمر، وكذلك عند القيام بالأبحاث العلمية.

### ٢ - السجلات الخاصة بتدوين ملاحظات الممرضة Nurse's Notes :

وهذه تشمل تسجيل الملاحظات الدقيقة عن حالة المرضى والعناية التمريضية المعطاة لهم ، وتتضمن أيضاً المعلومات الخاصة المتعلقة بالأدوية والعلاج والغذاء والإرشادات الصحية ، وكذلك تسجيل ملاحظات عن الحالة الجسدية والنفسية للمريض ، ورد فعل المريض للعلاج ، ومدى تكيفه للمرض، وأي تغيير قد يطرأ على حالته.

الغرض من هذا السجل :

- \* أن يكون هناك سجلاً موحداً ومتفقاً عليه من جميع العاملين بالمستشفى الواحد لكتابة الملاحظات بواسطة الممرضات لتيسير نقل المسؤولية من ممرضة إلى أخرى أثناء ساعات العمل المختلفة.
- \* تسهيل سرعة مراجعة حالة المريض وأداء العناية التمريضية.

### ٣ - سجلات توزيع الواجبات على أفراد الفريق التمريضي :

وهي تتضمن أسماء أفراد هيئة التمريض العاملات بالوحدة ، وأسماء المرضى المسند إليهم رعايتهم ، وكذلك الواجبات الخاصة المسندة لكل منهن. ويجب أن يكون هناك نموذجاً موحداً يُملاً يومياً بواسطة رئيسة هيئة تمريض الوحدة ، كما يجب وضع هذا السجل في مكان واضح ومعروف للجميع.

ويتضمن سجل توزيع الواجبات الآتي :

- \* اسم الممرضة المسؤولة.
- \* اسم المريض.
- \* التشخيص.
- \* العناية التمريضية المحتاج إليها أو العلاج الخاص والأبحاث المعملية.
- \* نوع الواجبات المسؤولة عنها الممرضة.
- \* بالإضافة إلى الواجبات الخاصة ، مثل تحضير الآلات والأدوات والتعقيم ...

الغرض من هذا السجل :

- \* تبليغ أفراد الفريق التمريضي العاملات بالوحدات التمريضية بالمستشفيات والوحدات الصحية كتابةً بمسئولياتهن اليومية.
- \* تحديد المسؤولية التمريضية عن كل مريض.
- \* أساس لتقويم الرعاية التمريضية المعطاة للمريض.

### ٤ - جداول المناوبات :

هو سجل يتم تحضيره أسبوعياً ويومياً ، ويحدد الخطة الموضوعية لتغطية الوحدة التمريضية والصحية بالعمالة التمريضية على مدى ٢٤ ساعة ، ويتضمن الآتي :

- \* أسماء أفراد هيئة التمريض بالوحدة.
- \* المستويات المختلفة لأفراد هيئة التمريض في مجموعات على مدى أسبوع مفصلة لها ٢٤ ساعة على عدد المناوبات.
- \* اسم رئيسة التمريض في كل مناوبة.
- \* أيام الراحة والإجازات المرضية والأعدار والغياب.
- \* أوقات الاجتماعات وساعات الراحة والوجبات.

الغرض من هذا التسجيل :

- \* يوضح تغطية الوحدات بالقوى التمريضية العاملة ومدى كفايتها.
- \* يسجل حضور وغياب أفراد هيئة التمريض بالوحدة يومياً.
- \* يعطى معلومات عن كافة الخدمات التمريضية بالنسبة لأعداد ومستويات القوى العاملة.
- \* كذلك يوضح عدد ساعات العمل لكل ممرضة.

٥ - سجلات جرد العهدة :

سجلات معنونة لكل الأجهزة والأثاثات والأدوات والآلات ، مع تعريف كمية كل منها ومواصفاتها وحالتها.

الغرض من هذا السجل :

- \* إمداد رئيسة التمريض بالمعلومات عن الأدوات المفقودة أو المكسورة أو المحتاجة إلى تكمين.
- \* إرجاع الزائد إلى المكان المناسب له ، وكذلك الأدوات المستعارة قبل القيام بعد أو جرد العهدة.

٦ - سجلات تقييم أداء العاملين :

وهي سجلات تستخدم لتقييم أداء العاملين سنوياً أو كل ستة شهور .

الغرض منها :

- \* قاعدة موضوعية يتم على أساسها ترقية العاملين وإعطائهم المكافآت والحوافز .
- \* حافز للتقدم المهني للعاملين.
- \* توضح أسباب سوء الأداء ، كما أنها تعطى التوصيات للعمل الجيد.

٧ - جداول الوقت :

للأعمال الروتينية وغير الروتينية.

الغرض منها :



- توضح وقت حدوث الأنشطة ، وهي يومية وأسبوعية وشهرية :
- \* فالجداول اليومية توضح أوقات حدوث الأنشطة الروتينية للوحدة.
  - \* وجداول الوقت الشهرية ، مثل وقت التقارير الشهرية والطلبات.

### التسجيل التمريضي

إن العملية التمريضية تتطلب تسجيل الأنشطة التمريضية التي تقوم بها الممرضة أثناء تنفيذها لكل من الخطوات الخمس للعملية التمريضية.

وقد أثبتت الدراسات أنه من الممكن تحسين نوعية الرعاية التمريضية إذا استطاعت الممرضة أن تتمكن من التسجيل الدقيق لكل المعلومات والبيانات المتعلقة بحالة المريض واحتياجاته وعلاجه ، بحيث يصبح من الممكن استرجاع هذه البيانات كلما تطلب الأمر .

#### كيفية تسجيل العملية التمريضية :

هناك طريقة مبسطة يمكن إتباعها في تسجيل خطوات العملية التمريضية مع كل من المرضى :

#### ١ - البيانات الأولية :

هي البيانات التي يتم جمعها بواسطة الممرضة عند أول مقابلة للمريض ، وهي تشمل التقييم الأولى لحالة المريض عند دخوله المستشفى أو أثناء الزيارة الأولى للوحدة الصحية.

#### ٢ - قائمة حصر للمشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية للمريض :

ويتم تسجيلها بواسطة رئيسة تمرريض الوحدة ، أو الممرضة المسؤولة عن رعاية المريض ، وهي تستخلص من بيانات المقابلة الأولية للمريض ، وترتب حسب حدوثها وأهميتها ، وتشمل : التشخيص - الأعراض والعلامات - الفحوصات المعملية الهامة ونتائجها - تأثير بيئة المنزل والعمل على صحة المريض - المشاكل الاجتماعية والعاطفية التي تؤثر على صحته ، وترقم هذه المشاكل لتسهيل التسجيل التمريضي لكل مشكلة في مذكرات الممرضة.

#### ٣ - خطة التمريض المباشر :

ويتم وضعها وتسجيلها بواسطة رئيسة تمرريض الوحدة وتتناول كل مشكلة من المشاكل السابق ذكرها ، وتتضمن الخطة تعليمات للممرضات القائمات على علاج المريض بهدف :

( أ ) جمع بيانات جديدة عن المريض.

( ب ) تنفيذ علاجه.

( ج ) توعية المريض أو تثقيفه.

#### ٤ - تقدم حالة المريض (من خلال ملاحظات الممرضة) :

تسرد الحقائق والبيانات التي تتعلق بالتقدم الفعلي في حالة المريض ، وذلك بتدوين الملاحظات الموضوعية ، وهي التي تلاحظها وتقيسها الممرضة ، والملاحظات الذاتية التي يشعر بها المريض ويعبر عنها للممرضة ، ثم تقييم الممرضة لحالة المريض ، وعمل الخطة التمريضية المناسبة. وفي بعض الأحيان يمكن الاستعانة بخريطة التدفق ، وهي نموذج يسمح بتسجيل مرتب للمعلومات المكررة.

مثال : أخذ العلامات كل نصف ساعة على مدار ٢٤ ساعة.

وخريطة التدفق مكتملة لملاحظات الممرضة ، وليست بديلاً عنها.

٥ - ملخص عن حالة المريض عند خروجه :  
يسجل به حالة المريض الصحية والنفسية وقت خروجه من المستشفى.