

Dokümantasyon ve Hemşirelik Kayıtları Nedir?

Çalışma Kağıdı

Dokümantasyon ve hemşirelik kayıtları, hastanın sağlık durumu, alınan bakım, uygulanan tedaviler ve hasta ile ilgili tüm bilgilerin yazılı veya dijital olarak kaydedilmesidir.

Sorular

1. Hemşirelik dokümantasyonunun yasal boyutu aşağıdakilerden hangisini ifade eder?
 - A) Hastanın tedaviye uyumunu artırmak
 - B) Bakımın belgelenmesi ve hemşirenin sorumluluğunu kanıtlaması
 - C) Hasta memnuniyetini yükseltmek
 - D) Sağlık kurumunun itibarını korumak
2. Bir hemşirelik kaydında bulunması gereken en önemli özelliklerden biri aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Detaylı ve uzun olması
 - B) Öznel yorumlar içermesi
 - C) Doğru, eksiksiz ve zamanında olması
 - D) Sadece olumlu gözlemleri içermesi
3. Aşağıdakilerden hangisi dokümantasyonun iletişim boyutunu en iyi açıklar?
 - A) Hemşirenin kendi notlarını okuması
 - B) Hasta bilgilerinin farklı sağlık profesyonelleri arasında paylaşılması
 - C) Yöneticilerin hemşire performansını değerlendirmesi
 - D) Tıbbi cihazların kalibrasyonunun kaydedilmesi
4. Hastanın vital bulgularının kaydedilmesi:
5. Uygulanan bir hemşirelik girişiminin kaydedilmesi:
6. Hastanın şikayetlerinin ve gözlemlerin kaydedilmesi:
7. Tanımla: Dokümantasyonun temel amacı nedir?
8. Tanımla: Hangi bilgiler hemşirelik kayıtlarına mutlaka girmelidir?
9. Tanımla: Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK) ne avantaj sağlar?

Cevap Anahtarı

1. B) Bakımın belgelenmesi ve hemşirenin sorumluluğunu kanıtlaması — Dokümantasyon, hemşirenin verdiği bakımı ve hasta ile ilgili tüm bilgileri belgeleyerek olası hukuki durumlarda hemşireyi korur ve sorumluluğunu kanıtlar.
2. C) Doğru, eksiksiz ve zamanında olması — Etkili bir hemşirelik kaydı, hastanın durumunu doğru bir şekilde yansıtmalı, tüm önemli bilgileri eksiksiz içermeli ve bakım verildikten hemen sonra veya mümkün olan en kısa sürede kaydedilmelidir.
3. B) Hasta bilgilerinin farklı sağlık profesyonelleri arasında paylaşılması — Dokümantasyon, hasta bakımıyla ilgilenen tüm sağlık ekibi üyeleri arasında bilgi akışını sağlayarak koordineli ve güvenli bir bakım sunulmasına olanak tanır.
4. Hastanın tansiyonu, nabızı, solunum sayısı ve vücut sıcaklığı ölçülerek standart bir forma veya elektronik sağlık kaydına kaydedilir. Örneğin, '14:00 - TA: 120/80 mmHg, Nabız: 78/dk, Solunum: 16/dk, Ateş: 36.5°C'.
5. Hastaya uygulanan bir yara bakımı işlemi detaylıca kaydedilir. Örneğin, '15:30 - Bası yarası pansumanı yapıldı. Yara temiz, eksüda yok. Yeni pansuman uygulandı. Hasta toleransı iyi'.
6. Hastanın ifade ettiği ağrı düzeyi ve hemşirenin yaptığı gözlemler kaydedilir. Örneğin, '16:00 - Hasta karın ağrısı olduğunu belirtiyor (ağrı skalası 7/10). Yüzü asık, istirahat halinde. Ağrı kesici uygulandı. Yanıtı gözlemlenecek'.
7. Hasta bakımının sürekliliğini sağlamak, iletişimi kolaylaştırmak, yasal koruma sunmak ve bakım kalitesini değerlendirmektir.
8. Hasta öyküsü, fiziksel muayene bulguları, hemşirelik tanıları, bakım planı, uygulanan girişimler, ilaçlar, hasta ve ailesinin eğitim durumu, tepkileri ve sonuçları.
9. Veri erişimini hızlandırır, okunabilirliği artırır, veri bütünlüğünü sağlar, hata oranını azaltır ve bilgi paylaşımını kolaylaştırır.

Bounlu

Tüm kartlar, adım adım çözümler ve AI hoca desteği Notek uygulamasında.
Sınav tarihlerini Promy otomatik hatırlatıcıya çevirir.