

Dokümantasyon ve Tıbbi Kayıt Tutma Nedir?

Çalışma Kağıdı

Dokümantasyon ve tıbbi kayıt tutma, hasta bakımına ilişkin gözlemleri, değerlendirmeleri, müdahaleleri ve sonuçları sistematik olarak kaydetme sürecidir. Bu kayıtlar, hemşirenin profesyonel sorumluluklarını yerine getirmesini sağlar ve hasta tedavisinin kalitesini artırır.

Sorular

1. Aşağıdakilerden hangisi etkili bir tıbbi kayıt tutma prensibi DEĞİLDİR?

- A) Belirsiz ve muğlak ifadeler kullanmak
- B) Kayıtları zamanında ve eksiksiz tutmak
- C) Gizliliğe dikkat etmek
- D) Doğru ve geçerli bilgi kaydetmek

2. Tıbbi kayıtların en önemli yasal işlevi nedir?

- A) Hasta bilgilerini gizli tutmak
- B) Hukuki süreçlerde kanıt sunmak
- C) Sağlık istatistikleri oluşturmak
- D) Sağlık hizmetlerinin maliyetini belirlemek

3. Bir hemşirenin hastayla ilgili kaydettiği 'hasta sakin' ifadesi yeterli midir?

- A) Evet, yeterlidir çünkü hastanın durumu özetlenmiştir.
- B) Hayır, çünkü 'sakin' ifadesi subjektiftir ve gözlemlenebilir davranışları içermelidir.
- C) Evet, çünkü hemşire hastayı gözlemlemiştir.
- D) Hayır, çünkü bu bilgi zaten hastanın dosyasında vardır.

4. Bir hastanın vital bulgularının kaydedilmesi nasıl dokümantasyona örnektir?

5. Hastanın ilaç geçmişinin kaydedilmesi neden önemlidir?

6. Hasta taburculuk eğitiminin dokümantasyonu nasıl yapılır?

7. Tanımla: Dokümantasyonun Temel Prensipleri

8. Tanımla: Tıbbi Kayıtların Yasal Önemi

9. Tanımla: Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK)

Cevap Anahtarı

1. A) Belirsiz ve muğlak ifadeler kullanmak — Etkili tıbbi kayıt tutma, açık, net ve anlaşılır ifadeler gerektirir. Belirsiz ifadeler kafa karışıklığına ve hatalara yol açabilir.
2. B) Hukuki süreçlerde kanıt sunmak — Tıbbi kayıtlar, yasal disputes durumlarında önemli birer kanıt niteliği taşır ve hemşirenin sorumluluğunu belirlemede rol oynar.
3. B) Hayır, çünkü 'sakin' ifadesi subjektiftir ve gözlemlenebilir davranışları içermelidir. — Etkili dokümantasyon, gözlemlenebilir davranışları ve somut bulguları içermelidir. 'Sakin' ifadesi yerine, hastanın sakın görünmesine neden olan davranışlar (örneğin, derin nefes alması, konuşmaması) tanımlanmalıdır.
4. 1. Hemşire, hastanın tansiyonunu, nabzını, solunumunu ve ateşini ölçer. 2. Ölçülen değerler, standart bir form veya elektronik hasta kaydı sistemine kaydedilir. 3. Kayıt, ölçüm zamanı ve hemşirenin adı/imzası ile birlikte eksiksiz olmalıdır.
5. 1. Hastanın kullandığı tüm ilaçlar (reçeteli, reçetesiz, bitkisel takviyeler) detaylı olarak not edilir. 2. Bu bilgi, ilaç etkileşimlerini önlemek, alerjileri belirlemek ve tedavi planını optimize etmek için kullanılır. 3. Kayıt, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve sıklığı gibi bilgileri içermelidir.
6. 1. Hemşire, hastaya verilen eğitim içeriğini (ilaç kullanımı, diyet önerileri, egzersizler vb.) detaylı olarak kaydeder. 2. Hastanın eğitimi anladığına dair geri bildirimi veya imzası alınır. 3. Bu dokümantasyon, hasta taburculuk sonrası bakımının etkinliğini gösterir.
7. Doğruluk, eksiksizlik, açıklık, güncellik, düzenlilik ve gizlilik.
8. Mahkemelerde kanıt olarak kullanılabilir, hemşireyi yasal sorumluluktan korur.
9. Bilgiye hızlı erişim sağlar, veri güvenliğini artırır ve iletişimi kolaylaştırır.

Bounlu

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