

یادداشتهای روزانه پیشرفت بیماری (Progress note)

یکی از مهمترین مدارک در گزارشهای پزشکی، یادداشتهای پیشرفت روزانه یا progress note daily می باشد که آخرین اطلاعات بیمار را روزانه نشان می دهد ، و ارزیابی تیم درمانی یا آموزشی بخش و طرح و برنامه آنها را خلاصه می کند.

Progress note باید آنچه را که در طول ۲۴ ساعت گذشته مشخص شده ، منعکس کند که شامل مطالب جدیدی که بیمار بیان می کند ، نکات جدیدی که در معاینه بیمار و بررسی های پاراکلینیک بیمار بدست آمده همراه با تشخیص افتراقی و طرحهایی بر اساس هر یک از تشخیص ها.

زمان ثبت Progress note بین ساعت هفت تا هشت صبح هر روز میباشد . دانشجو باید راس ساعت هشت Progress note خود را آماده کرده باشد . بدیهی است هر دانشجو به تعداد بیماران روز قبل باید Progress note داشته باشد.

برای نوشتن progress note از یک قالب سریال SOAP استفاده کنید:

Subjective (S): تاریخچه مختصری که بیمار در اختیار پزشک قرار می دهد که بر اساس تاریخچه روز قبل گرفته می شود یعنی یک تاریخچه هدایت شده.

Objective (O): یافته هایی که پزشک با معاینه بدست می آورد و براساس نتایج معاینات روز قبل انجام می شود. در این قسمت علائم حیاتی بیمار، General appearance، خلاصه ای از معاینه و کلیه یافته های پاراکلینیک بیمار باید ثبت شود.

Assessment (A): ارزیابی بر اساس **subjective** و **objective** یعنی تعیین تشخیص افتراقی آن روز.

Plan (P): طرح، نقشه و برنامه بر اساس هر تشخیص افتراقی.

موارد استفاده: Progress note

۱. ارزیابی روزانه بیمار بستری در بیمارستان
 ۲. ویزیت مجدد بیمار سرپایی در کلینیک سرپایی.
- ممکن است **Plan** و **Assessment** در هم آمیخته شود به صورت **A&P** تهیه شود. در بیشتر موارد، **Progress note** باید کوتاه باشد. لازم نیست جمله های بلند نوشته شود. جمله های به اندازه ای انتخاب شوند که قابل فهم باشند.

روز، ساعت و امضای کارآموز یا کارورز و یا دستیار ضروری است.

امضای پزشک در هر یادداشتی که بوسیله دانشجوی پزشکی نوشته شده، لازم می باشد. به خاطر داشته باشیم که **progress note** مانند **observation** بیمار قسمتی از آموزش کارآموز یا کارورز است و باید بوسیله دستیار، یا استاد بازبینی شود.

باید کلیه دستیاران تخصصی و فوق تخصصی نیز در هر نوبت کاری برای بیمار **progress note** تهیه نمایند.

برای نوشتن **progress note** از جوهر سیاه استفاده کنید. امضا کنید و نامتان را خوانا بنویسید.

مراحل مختلف Progress note

Subjective

شامل اطلاعاتی است که شما از بیمار، اقوام بیمار، همراهان بیمار و یا افرادی که از او مراقبت می کنند (گروه پرستاری، پزشکان کشیک شب قبل ..) بدست می آورید. این قسمت باید در صورت امکان شامل بعضی از کلمات خود بیمار باشد و هدف آن بازگو کردن نقطه نظر بیمار است. در حقیقت Subjective یک شرح حال کوتاه هدایت شده است شکایتهای روز قبل بیمار دوباره بررسی میشود و در آخر از شکایات جدید سوال میکنیم بعنوان مثال اگر بیمار روز قبل درد دارد از بهتر شدن یا بدتر شدن دردش سوال میکنیم. حتی اگر بیمار هیچ مشکل قلبی در معاینات نداشته روزانه در Progress note از علائم قلبی سؤال میکنیم.

Objective

در این قسمت باید به یافته های بالینی و پاراکلینیک توجه کرد که شامل چهار قسمت می باشد.

۱- وضعیت ظاهری (General appearance) : باید یادداشت شود، هر روز باید جداگانه تهیه شود و ننویسید مثل روز قبل.

۲- علائم حیاتی : فشار خون ، تعداد ضربان قلب ، تعداد تنفس ، درجه حرارت اگر بیمار به مانیتور وصل است O2 saturation و اگر بیمار کنترل Intake و Output دارد ثبت اطلاعات مربوطه.

۳- معاینه بالینی مرتبط با شرح حال و یا یافته های Objective روز قبل و امروز و توضیحات مناسب در آن زمینه. مثال: در یک بیمار با هیپاتیت حاد اگر روز قبل در معاینه کبد بزرگ بود در معاینه امروز بدنبال تغییر اندازه کبد میرویم (کبد بزرگتر شده، کوچکتر شده و یا فرقی نکرده).

۴-نتایج تستهای تشخیصی: برای مثال عکس ساده قفسه سینه، CBC، EKG در این قسمت ذکر می شوند، همچنین باید تستهای آزمایشگاهی اصلی را در ارزیابی یادآور شد. احتیاجی به لیست کردن تمام نتایج نیست. حتی اگر بیمار هیچ مشکل قلبی در معاینات نداشته روزانه در Progress note از قلب و ریه معاینه بعمل می آوریم.

Assessment :

عبارت از تدوین تشخیص و تشخیص های افتراقی امروز بیمار بر اساس یافته های Subjective (اظهارات بیمار)، و Objective (General appearance)، علائم حیاتی، معاینات بالینی هدایت شده، پاراکلینیک (می باشد. که در ابتدا لازم است از یافته های Subjective و Objective، Problem list تهیه و برای هر یک از Problem ها تشخیص های افتراقی مطرح و آنها را بر اساس هر ارگان یا Problem مرتب کرد. در پایان مرحله Assessment باید به سؤال: تشخیص های شما چیست پاسخ واضح داده شده باشد.

:Plan

در پایان مرحله Assessment تشخیص و تشخیص های افتراقی بیمار تعیین شده و بعضی از این تشخیص ها نیاز به درمان دارد (درمان مدیکال، درمان جراحی) بعضی از این تشخیص ها نیاز به اثبات دارد) دستور آزمایش، EKG رادیوگرافی، بیوپسی (... با بعضی از این تشخیص ها همزمان به بیمار باید آموزش های لازم ارائه داد (عدم مصرف نمک...) و بالاخره در مواردی اقدامات بازتوانی مثل فیزیوتراپی و یا اقدامات حمایتی دیگر باید انجام داد.

کلیه برنامه های لازم برای نیل به هر یک از چهار هدف فوق را plan می نامند در آخر مرحله plan باید پاسخ دو سؤال زیر مشخص شود.

- برای اثبات هر بیماری چه اقدامات پاراکلینیک باید انجام داد؟

- هر مشکل یا بیماری را چگونه باید درمان کرد؟ **Surgical , medical** ، تغییر سبک زندگی، رژیم غذایی بخصوص؟ فیزیوتراپی؟