

W-4.1.1 입원환자의 치료계획

Q: 000환자의 입원초기 치료계획은 무엇입니까?

A: (Admission Note 보여주며)치료계획은 Admission Note에 작성하도록 되어 있으며 치료계획 내용은 ___와 같습니다.

치료계획은 입원 24시간 이내에 작성한다. (반드시 Plan에 Discharge 내용까지 기록)

Q: 000환자의 상태변화에 따라 치료계획을 수립한 내용은 무엇입니까?

A: 000환자의 상태변화에 따른 치료계획은 ---입니다.

검사결과, 처치, 수술 후 상태 등에 따른 치료계획을 재수립한 내용, 환자의 주요상태의 경과(최소 주2회이상)를 경과기록지에 기록한다.

Q: 000환자의 상태변화와 치료계획에 따라 어떤 간호과정을 적용하였습니까?

A: (SOAPIE양식의 간호과정 내용 보여주며)적용한 간호과정은 ---입니다. 간호기록 시 EMR의 통일된 간호과정 적용하여 기록

Q: 000환자의 치료, 검사, 시술계획에 대해 알고 계십니까? 어떤 경로를 통하여 치료계획을 공유하고 있습니까?

A: EMR상 경과기록지에 작성함으로 치료계획을 환자 정보를 공유하고 있습니다.

Q: 환자와 보호자에게 치료계획에 대해 설명하고 계십니까?

A: Admission Note 작성 시 세운 치료계획과 퇴원계획에 대해 설명한 내용을 기록하고 있으며 설명한 내용은 ---입니다.

(진단명, 추정진단 대한 정보, 치료 또는 검사계획, 치료 또는 검사에 따른 예상효과 및 위험 정보)

환자와 보호자 교육에 대한 근거를 확인하므로 교육 시 경과기록지와 간호기록지에 반드시 기록을 남겨야 함 (환자/보호자에게 동일하게 확인)