

راهنمای تکمیل پرونده پزشکی

اجزاء یک پرونده شامل موارد زیر است:

(تابلو یک)

اجزاء تاریخچه پزشکی بیمار	یادداشت های بالینی (notes)
تاریخچه پزشکی (H&P)	• سیر پیشرفت بیماری (Progress) (Note)(PN)
• دموگرافی بیمار	• مشاوره ها
• شکایت اصلی (Chief Complaint) (CC)	• یادداشت های Off – service, On-service
• تاریخچه بیماری فعلی (History of Present Illness) (HPI)	• یادداشت های ارجاع و ترانسفر
• تاریخچه پزشکی بیمار (Past Medical History) (PMH)	• خلاصه ترخیص
• تاریخچه فامیلی (Family History) (FH)	• یادداشت های درمانی
• تاریخچه اجتماعی (Social History) (SH)	• دستورات دارویی
• حساسیت های دارویی (Drug Allergies) (DA)	• ثبت روش جراحی
• تاریخچه مصرف دارو (Drug History) (DH)	• درمان رادیاسیون
• مرور سیستم ها (Review Of Systems) (ROS)	• یادداشت های پزشکان اقماری
• معاینه فیزیکی (Physical Exam) (PE)	
نتایج تست های آزمایشگاهی	
نتایج تست های دیاگنوستیک	
لیست مشکلات (Problem Lists) (PL)	

براساس مشخصات فردی بیمار، پرونده پزشکی بیمار بستی می تواند کاملاً قطور باشد بالاخص وقتی که عوارض و موربیدیتی های همزمان متعددی وجود داشته باشد که نیازمند بستری طولانی بیمار باشد. بطور

همچنین نتایج اولیه تست های تشخیصی در تاریخچه پزشکی ثبت می شوند. این نتایج شامل الکتروکاردیوگرام ها، اکوکاردیوگرام ها، اولتراساندها، سی تی اسکن ها، اسکن های X-Ray و MRI ها و مانند اینها می باشند. از آنجا که این تست ها نیازمند تفسیر می باشند (اغلب توسط پزشکی دیگر) از قبیل رادیولوژیست، کاردیولوژیست، نوشتار نتایج تست ها توسط آنها در سیستم کامپیوتری اغلب موجود است و یا ممکن است پرینت تهیه شده و در پرونده بیمار گذاشته شود.

- لیست مشکلات

یادداشت های مربوط به لیست مشکلات به ترتیب کاهش اهمیت و اولویت، موضوعی است که نیاز به بررسی هر فرد بیمار خاص دارد. الویت اول نیازمند همخوانی داشتن با کارهای تشخیصی است که براساس علایم و نشانه هایی که توسط بیمار ارائه شده است. برای مثال بیماری که با درد سینه مراجعه می کند و با ST elevation انفارکتوس میوکارد تشخیص داده می شود از نظر مراقبت سلامتی و از نظر نیاز به رسیدگی در لیست در بالاترین الویت قرار می گیرد (STEMI LIST). و یا اینکه بیماری با یک نسخه ای برای دریافت داروی ضد فشار خون به یک داروخانه عمومی مراجعه می کند که برای اولین بار فشار خون بالا در او تشخیص داده شده است و از نظر الویت در اول لیست قرار می گیرد. نیازهای مراقبت سلامتی بعدی یا نیازها به ترتیب الویت و شدت در ردیف های بعد به ترتیب نزولی قرار می گیرند. اینها به ترتیب شامل بیماریهای مزمن طبی که در داخل تاریخچه پزشکی گذشته بیمار (PMH) قرار می گیرد، مصرف سوء مواد که در تاریخچه Social قرار می گیرد، مشکلات مربوط به مصرف دارو شناخته شده با مصارف اخیر یا قبلی، آزمایش های آزمایشگاهی یا تشخیصی شناخت شده در زمان پذیرش و مانند آنها. پزشکان مختلفی لیست مشکلات را در پرونده بیمار ثبت خواهند کرد. برای بیمار بستری، پزشک بستری کننده بیمار، پرستار، متخصصین فارماکولوژی، تغذیه، معالجین تنفسی و فیزیکیال ممکن است هر یک براساس نیازهایشان در پرونده برای خود یک لیست الویتی داشته باشند که ممکن است در بعضی موارد با لیست های دیگر مشترک باشد و یا شبیه آنها باشد. با این مقایسه احتمال دارد که یک لیست جامع تهیه شود که تمامی موارد را شامل شود. برای بیماران سرپائی، پزشک مسئول ممکن است در انتهای یادداشت خود لیستی را مشخص نماید که در آنجا مواردی که در الویت بالاتری قرار دارند مشخص شده باشد. برای هم بیماران سرپائی و هم بستری، پزشکان معمولاً طرح و اقدام درمانی خود را برای هر نیازی مشخص می کنند (از قبیل تشخیص های افتراقی، درمانی که در نظر گرفته شده است و یا تجویز می شود و یک طرح برای آموزش بیمار).

صرف نظر از محل، باید توجه داشت که لیست مشکلات دینامیک و پویا است. بدین معنی که ممکن است از روزی به روز دیگر در یک بیمار بستری و یا از ویژگی به ویژگی دیگر در یک بیمار سرپائی تغییر کند. این موضوع قابل پیش بینی است چون تشخیص های بیمار و خصوصیات فردی می تواند مخصوصاً در شرایط حاد سریعاً تغییر کند.

• یادداشت های کلینیکی

چارت کاغذی بیماران بستری اغلب با انواع زیادی از یادداشت هایی که بوسیله پزشکان متعددی که مراقبت بیمار را بعهد می گیرند رفته رفته ضخیم تر می شود. رزیدنت و پزشک معالج هر روز سیر پیشرفت بیماری را خواهد نوشت که شامل به روز کردن لیست مشکلات موجود در تاریخچه پزشکی بیمار (H&P) و طرح (Plan) درمانی خواهد بود. همچنین سایر متخصصین (از قبیل کاردیولوژیست، گاستروآنترولوژیست) یافته های خود را در سیر پیشرفت بیماری روزانه بیمار بدنبال مشاوره اولیه خود ثبت خواهند کرد. برای مثال، یک بیمار با تاریخچه فیبریلاسیون دهلیزی و بیماری شریان کرونری ممکن است تحت نظر یک کاردیولوژیست باشد. اثرات عملکرد این متخصص از طریق یادداشت

• معاینه فیزیکی (PE): معاینه فیزیکی شامل اطلاعات ابرکتیو بدست آمده از معاینات پزشک از بیمار می باشد. همانطور که قبلاً گفته شد اطلاعات سوئزکتیو بطور تیپیک جدا از معاینات فیزیکی انجام می گیرد تا به پزشک معالج فرصت دهد که اطلاعات بدست آمده از مشاهده و لمس بیمار را بتواند جمع بندی کند. شبیه مرور سیستم ها، معاینات فیزیکی (PE) هم از سر تا نوک پا به ترتیب انجام می گیرد تا فرصت دهد مرور سیستم های اعضای بدن بصورت مستقیم و سر راست انجام گیرد. یکی از شایعترین توالی ها در تابلو ۳ نشان داده شده است .

تابلو ۳

ترتیب معاینه فیزیکی

* علایم حیاتی	* ظاهر عمومی
* سر، چشم ها، گوش ها، بینی و گلو (HEENT)	* گردن
* قفسه سینه (ریه ها و پستان ها)	* قلب
* شکم	* سیستم ادراری – تناسلی
* معاینه رکتال	* انتها ها
* غدد لنفاوی	* معاینات نرولوژیک
	* پوست

- نتایج تست های آزمایشگاهی

نتایج تست های آزمایشگاهی اولیه بدنال H&P اولیه ثبت می شوند. بیشتر بیماران یک پانل متابولیک پایه و شمارش گلبولی کامل (CBC) به اضافه سایر پارامترهای خاص تشخیص و وضعیت مدیکال خود را خواهند داشت که می تواند شامل آنزیم های قلبی، غلظت سرمی داروها، میزان (International normalized ratio)(INR)، تست های عملکردی کبدی و کشت خون و سایر مایعات بدن باشد ولی محدود به آنها نیست. همچنین مقادیر جمع آوری شده، از قبیل anion gap و کلیرانس کراتی نین در این قسمت مستند می شود. سیستم های کامپیوتری عموماً برای جمع آوری و ارائه نتایج تست های آزمایشگاهی بکار می رود. گاهاً ممکن است از نتایج پرینت گرفته شده و در پرونده پزشکی بیمار گذاشته شود. با این حال بیشتر نتایج جدید و کامل، معمولاً در database کامپیوتری قرار داده می شوند. بعلاوه تاریخچه پزشکی ممکن است شامل مدارکی از نتایج آزمایشگاهی اولیه باشد. گاهاً لازم است نتایج واقعی دیده شود چون ممکن است در رونویسی نتایج اشتباه شود. بطور مشابه ممکن است پزشک بعضی نتایج را بخاطر اختصار از تاریخچه پزشکی حذف کند بدلیل اینکه می خواهد دوباره نتایج واقعی را روی سیستم کامپیوتری مشاهده کند که به او فرصت می دهد اطلاعات را بطور کامل مرور کند.

- نتایج تست های تشخیصی

مشابه، پرونده پزشکی بیماران سرپایی نیز وقتی بیمار مراجعات متعدد در طی زمان طولانی داشته باشد می تواند قطور و بسیار زیاد باشد. آشنا شدن با ساختار پرونده پزشکی مبنی بر اینکه در کجا می توان از اجزاء حیاتی اطلاعات برای یک ارزیابی و طراحی بالینی که موثر و کافی باشد استفاده کرد مهم است .

اولین قدم فهم اجزاء موجود در هر قسمت پرونده پزشکی بیمار است .

اجزاء یک پرونده پزشکی

یک پرونده پزشکی شامل ۵ جزء اولیه است و عبارتند از تاریخچه پزشکی که بصورت (H&P) شناخته می شود، نتایج تست های آزمایشگاهی، تشخیصی، لیست مشکلات و یادداشت های کلینیکی و یادداشت های درمانی می باشد (تابلو ۱ و ۲) . باید توجه داشته باشیم که با اینکه پزشکان از این فرمت برای ثبت پرونده های پزشکی استفاده می کنند داروسازها ممکن است از فرمت های دیگر برای ثبت داده های خودشان استفاده کنند.

تاریخچه پزشکی:

تاریخچه پزشکی یا H&P شامل اجزاء زیر است که در جدول دو نشان داده می شود.

- دموگرافی بیمار: این قسمت شامل نام بیمار، تاریخ تولد، آدرس، شماره تلفن، جنس، نژاد، وضعیت ازدواج و نام پزشک مربوطه می باشد. این قسمت هم چنین می تواند شامل اطلاعات مربوط به بیمه بیمار، نام داروخانه و شماره تلفن و الویت های مذهبی باشد.
- شکایت اصلی (CC): شکایت اصلی اولین دلیلی است که بیمار برای مراقبت مراجعه می کند. اغلب با کلمات خود بیمار عنوان می شود و شامل علائمی است که بیمار اخیراً تجربه کرده است. زمانی هم ممکن است که شکایت اصلی در عمل یک شکایت نیست مثلاً بیمار ممکن است جهت دریافت دارو مراجعه کرده است و یا ممکن است جهت معاینه فیزیکی سالانه مراجعه کرده است.
- تاریخچه بیماری فعلی (HPI): تاریخچه بیماری فعلی در واقع توصیف گسترده شکایت اصلی بیمار است که با جزئیات بیشتر و با اطلاعاتی که در دسترس است نوشته می شود. تاریخچه بیماری فعلی به ترتیب زمانی وارد پرونده می شود که شامل توصیف علایم بیمار با جزئیات و همچنین اطلاعات مربوط به درمان های قبلی برای شکایت اصلی بیمار، نتایج تست های تشخیصی قبلی و تاریخچه اجتماعی و فامیلی مربوط می باشد. همچنین یافته های منفی مربوط نیز در HPI قرار داده می شود از قبیل علایمی که بیمار اخیراً تجربه نکرده است یعنی فعلاً این علامت را ندارد که اطلاعات بیشتری در رابطه با مشکل در اختیار قرار دهد (برای مثال ، بیماری با استفراغ مراجعه می کند و متوجه می شود که ناراحتی شکمی ندارد) .
- تاریخچه پزشکی گذشته بیمار (PMH): تاریخچه پزشکی گذشته بیمار شامل لیستی از حوادث طبی اخیر و گذشته می باشد و تاریخچه جراحی گذشته بیمار (Past surgical)

- **history**)اغلب در PMH گذاشته می شود و شامل بستری های قبلی، تروما و تاریخچه مامائی (برای بیماران مونث) می باشد.
- تاریخچه فامیلی (FH): تاریخچه فامیلی شامل شرح سن، وضعیت (مرده یا زنده) بودن یا نبودن افراد و بیماریهای طبی مزمن در والدین، فرزندان و خواهرها و برادرهای بیمار است .
- تاریخچه اجتماعی (SH) : ممکن است این عنوان بصورت PSH هم نوشته شود یعنی سایکوسوشیال هیستوری (Psychosocial History) که بدلیل اشتباه شدن با تاریخچه جراحی از کلمه تاریخچه اجتماعی استفاده می شود. این قسمت شامل طیف گسترده ای از اطلاعات راجع به روش وضعیت زندگی بیمار و خصوصیات فردی او از قبیل استفاده از الکل، تنباکو، داروهای مخدر و ممنوعه که هر یک باید از نظر نوع و مقدار مصرف، فواصل مصرف و مدت مصرف باید ذکر شوند. تاریخچه اجتماعی همچنین شامل توصیف عادات غذایی بیمار، عادات ورزشی و ورزش هایی که بطور روتین انجام می دهد، استفاده از کافئین، همچنین میزان تحصیلات، اشتغال، وضعیت ازدواج، تعداد فرزندان، فعالیت جنسی و علایق، تاریخچه سربازی و وضعیت زندگی فعلی می باشد.
- حساسیت ها (Allergies) : با اینکه بعضی اطلاعات تاریخچه پزشکی بیمار (H&P) حاوی اطلاعاتی راجع به حساسیت های بیمار در تاریخچه مصرف داروئی بیمار می باشد ولی بیشتر پرونده های پزشکی یک عنوان مجزا برای نشان دادن هر نوع تاریخچه واکنش های حساسیتی بیمار به داروها، غذاها، واکنش ها، حشرات و مواد کنتراست تخصیص داده اند و همچنین چه نوع واکنش حساسیتی بیمار به این موارد دارد، از قبیل راش، کهیر و آنافیلاکسی را در این قسمت ثبت می کنند.
- تاریخچه مصرف دارو (MH): اطلاعات راجع به لیست داروهای مصرفی اخیر بیمار ممکن است در چند قسمت پرونده بیمار یافت شود از قبیل اخذ تاریخچه اولیه توسط رزیدنت، فرم اصلاح داروها و یادداشت های ورودی پرستاران. مرور هریک از این موارد ممکن است برای جمع بندی کل داروهای مصرفی (نسخه ها، غیر از نسخه ها، داروهای مکمل و گیاهی)، دوز داروها، تعداد موارد مصرف و مدت درمان، دلیل مصرف داروها و پیوستگی مصرف آنها.
- مرور سیستم ها (ROS): مرور سیستم ها قسمتی از تاریخچه پزشکی بیمار (H&P) است که اطلاعاتی راجع به یافته های سوپژکتیو یا علایمی که بیمار تجربه می کند را به ما می دهد. مرور سیستم ها از سر تا نوک پا انجام میگردد. یافته های مثبت و پاسخ های منفی مربوطه همگی برای هر اورگان مستند می شوند. این اطلاعات مضاف بر اطلاعاتی هستند که از مرور سیستم ها در شکایت اصلی و تاریخچه بیماری فعلی بدست می آیند. روند معمول مرور سیستم ها در تابلو ۲ نشان داده می شود.

تابلو ۲ ترتیب و محتوای مرور سیستم ها

سیستم بدنی	مثال های محتوی
جنرال	احساس کلی سلامتی، افزایش یا کاهش وزن، تب، لرز، عرق شبانه، خستگی و ضعف
پوست	تغییر در رنگ، خشکی پوست، از دست دادن مو، راش، خارش، کبود شدگی یا خونریزی
سر	سردرد، تروما، سنکوپ
چشم ها	تغییر در بینایی (تاری دید، دوبینی، دید ذرات شناور) تروما، استفاده از ذره بین ها اصلاحی
گوش ها	تغییرات در شنوایی، وزوز، سرگیجه، درد
بینی	ترشح، گرفتگی بینی، خونریزی از بینی
گلو	بلع مشکل، بلع دردناک، تغییر در صدا
گردن	درد، سفتی، تورم، توده
سیستم گوارشی	تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، درد شکم، هماتمز، ملنا، هماتوژی، یرقان
سیستم تنفسی	تنگی نفس، دیس پنه، ویرینگ، سرفه (خشک دربرابر وجود ترشحات) ارتوپنه، هموپتری
سیستم قلبی عروقی	درد سینه، تپش قلب
سیستم ادراری تناسلی	تکرار ادرار، اورجنسی، ناراحتی در دفع ادرار، دیسوری، هماجوری، بی اختیاری ادراری خانمها: ترشح از واژن، احساس ناراحتی، خارش، خصوصاً در دوره ماهانه، روش جلوگیری از بارداری آقایان: اختلال نعوذ، وجود ضایعه، روش های جلوگیری از بارداری
سیستم عصبی	تشنج، لرزش، ضعف، تغییرات در حس، اشکال در صحبت کردن، عدم هماهنگی
سیستم اسکلتی عضلانی	درد، تروما، حساسیت، تورم، کاهش میزان حرکت
سیستم عصبی- روانی	تغییرات در روان (اضطراب، دپرسیون)، تغییرات در حافظه، مشکلات در بخواب رفتن، اشکالات در تمرکز
سیستم آندوکراین	پلی شاشی، پر نوشی، پرخوری، عدم تحمل به گرما و سرما
سیستم عروق محیطی	وریدهای واریسی، کرامپ ها، ادم

دانشگاه علوم پزشکی تبریز



راهنمای تکمیل پرونده پزشکی



تهیه و تنظیم:

دکتر منیره سیاح ملی

مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)

های روزانه در سیر پیشرفت بیماری با تیم مراقبت کننده بیمار مربوط خواهد شد که بیشتر روی مسائل قلبی بیمار متمرکز است. پرستاران یادداشت های خودشان را در سیستم کامپیوتری یا در پرونده بیمار در بالین وی خواهند گذاشت که اغلب شامل ثبت علائم حیاتی، ارزیابی درد بیمار، فعالیت های بیمار (از قبیل بیرون از بستر، روی صندلی، حمام، ملاقات ها)، مقدار مایعات جذبی و دفعی (output, intake)، همچنین اگر تغییری در مراقبت صورت گرفته باشد از قبیل انتقال از واحد مراقبت های ویژه به بخش جنرال، یادداشت انتقال توسط پزشک و پرستار برای تسهیل انتقال بین تیم های مراقبتی انجام می گیرد. بطور مشابه اگر از متخصص دیگر بخواهند که مراقبت از بیمار را بعهده بگیرد مثلاً در صورت مرخصی یا وقتی از بیمارستان دور است او لازم است یک off – service note برای کمک به پزشک جانشین در زمان انتقال مراقبت به وی بنویسد. همه این یادداشتها حاوی خلاصه های مفیدی از روش های تشخیصی بکار رفته و درمانهای بکار گرفته شده قبل از انجام انتقال به پزشک جانشین هستند. در نهایت یک برگ خلاصه پرونده ابزار ارتباطی مهم با پزشکان مراقبت های اولیه می باشد. در واقع برگ ترخیص یک عکس فوری از حضور بیمار در بیمارستان بدست می دهد و شامل لیست نیازهای مراقبتی سلامتی و داروهای تجویز شده است و نیز شامل یک plan و طرح برای پیگیری بیمار در آینده و لیستی از داروهای مصرفی در زمان ترخیص است. این برگ اضافه می شود به برگ کاری پرستار و کارکنان داروخانه که شامل اطلاعات آموزشی است که به بیمار داده می شود از قبیل داروهای مصرفی و آموزش های پس از ترخیص (از قبیل مراقبت از زخم، وقت ملاقات بعدی با پزشک مراقبت کننده اولیه). پرونده پزشکی سرپائی بطور تیپیک حاوی تمام ویزیت های سرپائی است. بعلاوه تمامی یادداشت های کلینیکی حاصل از بستری در بیمارستان اغلب کپی شده و در چارت کاغذی گذاشته می شود و یا اسکن شده و در پرونده الکترونیکی برای ادامه مراقبت قرار داده می شود.

• یادداشت های مربوط به درمان

یادداشت های مربوط به درمان بیشتر اوقات در بیماران بستری بکار می رود. یادداشت های درمانی شامل دستورات دارویی، گزارشات تجویز دارو، مستند سازی روشهای جراحی و مستندسازی خدماتی از قبیل رادیوتراپی، درمان فیزیکی، کار درمانی، درمان تنفسی و تغذیه می باشد.

وجود همه این ها در پرونده برای مرور و بررسی مهم هستند بخاطر اینکه جزئیاتی برای اجرای طرح درمانی بیمار در اختیار قرار می دهند. دستورات دارویی می تواند توسط متخصص در فرم دستورات نوشته شوند. پس از آن فرم را می توان فاکس کرد، اسکن کرد یا کپی کرد و به داروخانه به منظور تهیه فرستاد و یا اینکه پزشک ممکن است مستقیماً دستورات را در سیستم کامپیوتری با استفاده از Computerized Prescriber Order Entry (CPOE) وارد کند. سپس دستورات بررسی می شوند و توسط متخصص داروسازی به جریان انداخته می شود. همچنین این بخش دستورات داروتی ممکن است از سایر متخصصین از قبیل متخصصین درمان فیزیکی و کار درمانی، متخصصین ریه و تغذیه نیز باشد. اصولاً این نوع دستورات را می توان در بخش یادداشت های هر یک از متخصصین یافت بخاطر اینکه این متخصصین نقش مهمی در اداره نیازهای مراقبت های بهداشتی متعدد براساس لیست هر بیمار خاص بازی می کنند. تجویز دارو توسط پرستاران یا سایر متخصصین (از قبیل متخصصین درمانهای تنفسی، متخصصین درمان های فیزیکی) از طریق گزارشهای تجویز دارو (MARS) (Medication Administration Record) مستند می شوند. که می تواند بصورت کاغذی یا الکترونیک باشد و به فرد اجازه می دهد که تاریخ و دفعات تمام داروهای تجویز شده به بیمار و نیز دوزهای فراموش شده یا رد شده توسط بیمار را مرور کند.