



اصول مستند سازی اقدامات مراقبتی و درمانی



بهار ۱۳۹۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سر فصل مطالب

- ✎ فصل ۱- پرونده نویسی و مستند سازی
- ✎ فصل ۲- گروه های مستند ساز در پرونده های پزشکی
- ✎ فصل ۳- اهمیت و اهداف مستند سازی
- ✎ فصل ۴- نحوه مستندسازی
- ✎ فصل ۵- دیدگاه حقوقی
- ✎ فصل ۶- اصول مستندسازی
- ✎ فصل ۷- خطاهای شایع در مستند سازی
- ✎ فصل ۸- مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه مستندسازی
- ✎ فصل ۹- منابع

گروه هدف

گروه شغلی پرستار - اتاق عمل - بهیار

اهداف آموزشی

انتظار می‌رود شما بعد از خواندن این مطالب به اهداف زیر نایل شوید شامل آشنایی با:

۱- گروه های مستند ساز در پرونده های پزشکی

۲- اهمیت و اهداف مستند سازی

۳- نحوه مستندسازی

۴- دیدگاه حقوقی

۵- اصول مستندسازی

۶- خطاهای شایع در مستند سازی

روش و نحوه اجرای آموزش

دوره کتابخوانی

نحوه ارزشیابی

آزمون چهار گزینه‌ای

مقدمه

پیشرفت علوم به نوعی وابسته به روند ثبت و ضبط بوده است و انتشار علم تکنولوژی از طریق ثبت و گزارش صورت می پذیرد. چرا که اگر تحقیقات و یافته های دانشمندان و علما نگارش، گزارش و ثبت نمی شد، هم اکنون امکان دستیابی و استفاده از علوم میسر نبود.

لازم است برای پاسخگویی در برابر مسئولیت مهم مراقبت، تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامتی انسان و جامعه اقدامات و فعالیتهای انجام شده برای پرهیز از هر گونه تهمت، افترا، برچسب و بی کفایتی، بی لیاقتی و یا عمل غیر اخلاقی و غیر قانونی، بر صفحه کاغذ یا به صورت الکترونیکی حک شود تا بتوان با مراجعه به آن در پیگیری و مداومت و نظارت بر اعمال صاحبان حرفه در مواقع ضروری بعنوان سندی محکم، مطمئن و قابل دفاع بهره مند شد.

پرونده پزشکی ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی و بهداشت است. یک پرونده از نظر مطالعاتی، تحقیقاتی، اطلاعات علمی و آماری دقیقاً وابسته به کیفیت محتویات داخل پرونده است که توسط مستندسازان ثبت می شود. بنابراین مستندسازی پرونده پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه متخصصین و امور بهداشت است.

بدیهی است که مستندسازی اقدامات درمانی و مراقبتی هنگامی که از نظر قانون مورد بحث قرار گیرند، دلالت بر تاکید دوباره بر حفظ جان بیمار، امنیت حقوقی مراقبین و امنیت جانی جامعه دارند. از نظر حقوقی عملکرد تیم پزشکی با ثبت موارد، قابل اثبات است و موردی پذیرفته می شود که خوب گزارش و ثبت شده باشد، همچنین به ارائه دهندگان مراقبت جهت برنامه ریزی - هماهنگی و حفظ تداوم مراقبت کمک می کند.

پرستار به عنوان مهمترین عضو تیم درمان و مراقبت بهداشتی، که با تمامی اعضای تیم درمانی در تعامل می باشد، لازم است که اطلاعات مربوط به بیمار را به دقت مستند کند تا سایر اعضای تیم درمانی نیز بتوانند یک برنامه

ساماندهی شده و قابل اجرا متناسب با نیازها و مشکلات بیمار تدوین کنند، از این رو مجموعه حاضر در راستای آشناسازی هر چه بیشتر گروه هدف با اصول مستندسازی صحیح در اختیار زحمت‌کشان این عرصه قرار می‌گیرد.

۱- پرونده نویسی و مستندسازی

در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین، غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار مهم ترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است که بیانگر کلیه اطلاعات مربوط به تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص ها، آزمایشات، معاینات، روش های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و ... می باشد.

پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخ گوی تمامی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد، که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند. لذا کیفیت یک پرونده پزشکی، دقیقاً وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط تکمیل کنندگان فرم های مدارک پزشکی (مستند سازان) ثبت می شود. تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم های مدارک پزشکی، می توان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد. بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است.

مزایای مستندسازی

- ❖ ایجاد توانایی جهت پزشکان و کادر درمان به منظور ارزیابی بیمار و ارائه بلافاصله طرح درمان، درمان و کنترل مراقبت در طی بستری
- ❖ برقراری ارتباط بین کادر درمان و ایجاد استمرار در ارائه مراقبت
- ❖ افزایش بهره وری با انجام بررسی کیفی مراقبت ارائه شده
- ❖ استفاده از مستندات جهت امور تحقیقی، آموزشی و حقوقی

❖ ایجاد مستندات دقیق و به روز جهت موسسات بیمه:

موسسات بیمه جهت بازپرداخت هزینه مراقبت های بهداشتی درمانی به اطلاعات زیر نیاز دارند:

- ✓ عضو یا اعضای که مورد مراقبت واقع شده اند.
- ✓ دلیل یا دلایل پزشکی ارائه خدمات تشخیصی یا درمانی
- ✓ گزارش کامل و دقیق خدمات ارائه شده

یکی از مشکلات کنونی بیمارستان ها، جامع و کامل نبودن اطلاعات ثبت شده در پرونده بهداشتی درمانی بیماران می باشد که این موضوع باعث ایجاد مشکلاتی جهت ادامه درمان بیمار و موسسات آموزشی، مالی، بیمه ای و حقوقی می گردد.

۲- گروه های مستندساز در پرونده های پزشکی

توجه به گستردگی حوزه این داده ها دو بعد اساسی را در بر می گیرد. بعد کمی آن که روز به روز بر تعداد پرونده ها افزوده می شود و بعد کیفی آن که در واقع به کیفیت مندرجات آن مربوط می شود. اما ناقص بودن مندرجات آنها گاهی نتوانسته است برآورده کننده نیاز اطلاعاتی متقاضیان مجاز آنها بشود. نقص در مندرجات یک پرونده مربوط به عدم توجه از طرف مستندسازان آن می باشد و البته این عدم توجه ناشی از عدم آگاهی نیز می تواند باشد.

گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

- ۱) مسئولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیکی)
- ۲) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)
- ۳) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری)
- ۴) سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و...)

آنچه مسلم است نمی توان گفت که ثبت های کدامیک از گروهها از درجه اهمیت بیشتری برخوردار است، زیرا هر کدام در جای خود از اهمیت فراوان برخوردار می باشد.

از طرف دیگر مندرجات درون پرونده در صورت کدگذاری بر اساس کتاب بین المللی بیماریها (ICD) قابل استفاده در سطح بین المللی خواهد بود. بنابراین در صورتی که یک محقق در علوم پزشکی مایل باشد تا در مورد بیماری X تحقیق نماید، کافی است تا فقط به فهرست کدگذاری شده تحت همین بیماری رجوع تا تعداد نمونه قابل قبول را بیابد.

بعضا مشاهده می شود که پزشکان به علت ضیق وقت و مشغله زیاد ، بوقت ممکن مبادرت به ثبتهای لازمه نمی نمایند و البته تکیه بر حافظه کاری بیهوده است ، زیرا حافظه انسان قدرت یادآوری تمام جزئیات را ندارد و همین امر منجر به نقص در مندرجات پرونده بیمار خواهد شد. در نتیجه پرونده از کیفیت لازم اطلاعاتی برخوردار نخواهد بود. بازخورد نقص در مندرجات پرونده نیز متوجه پزشکان خواهد بود ، زیرا این پزشکان هستند که بیشترین استفاده را از پرونده های بیماران می برند.

کتاب طبقه بندی بین المللی بیماریها ، تمام بیماریها و حالات مرضی ممکن را در ۲۱ فصل طبقه بندی می کند و در واقع ابزار تسهیلاتی برای تبادل بین المللی داده ها است. کتاب توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) منتشر و هر ده سال یکبار ویرایش می گردد.

کتاب در بخش مدارک پزشکی بیمارستانها موجود و کدگذاران مدارک پزشکی با استخراج کدها بر اساس شرح تشخیص گزارش شده (توسط پزشکان) مبادرت به کدگذاری و طبقه بندی بیماریها می نمایند. کدهای گزارش شده بر اساس تشخیص (ICD¹) یا اقدام و جراحی های انجام شده بایستی انعکاسی از مستندات در پرونده پزشکی باشد.

۳- اهمیت و اهداف مستندسازی

1. International Statistical Classification of Diseases

هدف از مستندسازی پرونده‌های پزشکی را می‌توان به صورت زیر بیان کرد:

- ✎ به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
 - ✎ به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می‌باشند
 - ✎ به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ به درمان بیمار
 - ✎ به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
 - ✎ پیشتنبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
 - ✎ به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
 - ✎ به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی
 - ✎ جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
 - ✎ به عنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
 - ✎ کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی (به خصوص رشته های پزشکی و پرستاری)
- ❖ **جنبه های قانونی ثبت :** قانون یک ضرورت اجتناب ناپذیر اجتماعی است که زیر بنای رشد و تعالی جامعه را تشکیل می دهد. یکی از سازمانها و حرفه هایی که در اعتلای سطح سلامتی جامعه نقش دارد پرسنل درمان می‌باشند که باید در قبال ارائه خدمات خود باید پاسخگو باشد از جمله مسئولیتهای سنگین پرسنل درمانی شیوه انتقال اطلاعات و گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن می باشد که کوچکترین خطا و سهل انگاری در آن می تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد. یادداشتها و گزارشات پرسنل درمانی می تواند در نتیجه گیری جدال قانونی در دادگاه بسیار مهم باشد. گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت صحیح یک اصل قانونی در تمام سیستمهای درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می شود، هدف تاکید در باره حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرسنل و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است.
- ❖ **جنبه حقوقی ثبت:** امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از درج صحیح محتویات پرونده اش با اطلاع باشد.

❖ **جنبه های ارتباطی ثبت:** گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار

است. اعضای تیم درمان در کارها و مراقبتهای بیمار بوسیله گزارش کتبی باهم در ارتباط هستند و ارتباط آنها درباره اقدامات بهداشتی (پرستاری، درمانی، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست) است. ثبت خوب، ارتباط گسترده ای را بین همه اعضای تیم مراقبت از بیمار در حل مشکلات بیمار ایجاد می کند.

❖ **جنبه های درمانی ثبت:** پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبتهای انجام شده برای بیمار

در آن ثبت می شود، بسیار با اهمیت است.

❖ **جنبه های پیشرفت بیماری:** سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل

اعمالی که برای بیمار انجام شده آسانتر خواهد بود.

❖ **جنبه تحقیقاتی ثبت:** گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است.

شیوع یک بیماری و مرگ و میر و بهبودی از آن، عوارض استفاده از درمان یا پرستاری خاص، اثرات و عوارض بعضی خدمات، از طریق همین اطلاعات قابل تحقیق است. گزارش پرونده منبع اطلاعات آماری است که توسط دولت مورد استفاده قرار می گیرد. این اطلاعات در مورد وضعیت سلامتی مردم یک شهر - استان یا کشور می باشد که تحقیقات اپیدمیولوژیک و برنامه های پیشگیری از بیماریها در یک جمعیت را امکان پذیر می سازد و نیز اطلاعات آماری نظیر تعداد مرگ و میر، موالید و تعداد پذیرش بیماران به عنوان اساس برنامه ریزی های آینده و پیش بینی نیازهای بهداشتی منطقه بکار می رود.

❖ **جنبه های آموزشی دانشجویان:** هدف دیگر گزارش پرونده بیماران، آموزش دانشجویان رشته های

مختلف بهداشتی است و این پرونده ها می تواند تصویر روشنی از بیمار و مشکلات او و برنامه های مراقبتی انجام شده را یکجا به دانشجویان ارائه نماید.

❖ **جنبه های رسیدگی یا نظارت:** عبارتست از بررسی گزارشات پرونده بیمار به منظور ارزشیابی کیفیت و

کمیت مراقبتهای انجام شده

❖ **برنامه ریزی مراقبتی:** براساس داده های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی می شود.

❖ **برآورد کیفیت:** براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.

❖ **تاریخی:** اطلاعات و یافته های بهداشتی - درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

❖ **اعتباربخشی:** سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.



۴- نحوه مستندسازی

۴-۱ تعریف اصطلاحات

- سند: مدرک مدونی است که دارای پیام ، تاریخ ثبت ، تأیید و تصدیق می باشد.
- مستندسازی یا پرونده نویسی، فرایند ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و درمان بیمار است.
- مستندسازی؛ نوع بیماری ، وضعیت بیمار در شروع و ادامه درمان، وسعت و کیفیت مراقبت، درمان فراهم شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و درمان مورد نیاز بیمار را نشان می دهد.
- مدارک پزشکی: مجموعه اسناد و مدارک مربوط به خدمات بهداشتی ، درمانی ، پاراکلینیک ، اداری و پشتیبانی ارائه شده به بیماران از زمان ورود تا هنگام خروج آنها از مرکز بهداشتی درمانی.

۲-۴ فرآیند مستند سازی

این فرآیند متشکل از سه مرحله زیر می باشد:

▪ ثبت پیام (داده ها) Data entry

▪ ثبت تاریخ صدور پیام (داده ها) Date entry

▪ تأیید و تصدیق پیام (داده ها) Authentication

بطور کلی مستندات باید داری سه ویژگی باشند:

▪ کامل بودن **completeness** (از لحاظ کمی)

▪ دقیق بودن **Accuracy** (به معنی فاقد اشتباه بودن)

▪ با کفایت بودن **Adequacy** (یعنی روشن و گویا بودن و بر وجود پیوستگی منطقی میان

داده ها دلالت داشتن)

۳-۴ قوانین مستند سازی پرونده پزشکی

(۱) پرونده پزشکی باید خوانا باشد.

(۲) مستند سازی پزشکی هر بیمار لازم است شامل: تاریخ، دلیل مراجعه، شرح حال و معاینات فیزیکی

مناسب، بررسی‌های آزمایشگاه، داده‌های مربوط به پرتونگاری و سایر خدمات پیراپزشکی و همچنین در موقع لزوم ارزیابی و برنامه ریزی جهت مراقبت باشد.

(۳) بایستی تشخیص‌های کنونی و پیشین، جهت درمان و یا مشاوره پزشکی در دسترس باشد.

- ۴) بایستی دلایل و نتایج پرتونگاری، آزمایشات و سایر خدمات پیراپزشکی مستند گردد یا در پرونده پزشکی موجود باشد.
- ۵) لازم است عوامل واضحی که سلامتی فرد را تهدید به خطر می نماید، مشخص شوند.
- ۶) پیشرفت سلامتی بیمار شامل: پاسخ به درمان ، تغییر اقدامات مرتبط با معالجه ، تغییر در تشخیص پزشکی و امتناع بیمار از درمان ، باید مستند شود.
- ۷) برنامه مدون مراقبت بایستی شامل : اقدامات درمانی و دارویی ، دفعات میزان استفاده از دارو، هرگونه ارجاع و مشاوره، آموزش بیمار یا خانواده او و دستورات ویژه جهت پیگیری باشد.
- ۸) مستندسازی بایستی ارزیابی بیمار و یا درمان را تضمین کند ، بخصوص فرآیندهای فکری و پیچیدگی تصمیم گیری های پزشکی.
- ۹) کلیه مندرجات پرونده پزشکی باید دارای تاریخ و امضاء (تصدیق) و مهر باشد.
- ۱۰) کدهای گزارش شده براساس کتاب بین المللی بیماریها (ICD) بایستی انعکاسی از مستندات در پرونده پزشکی باشد.

۴-۴ دستورالعمل های مستندسازی

- چگونه مستندسازی انجام شود (how)
- چه چیزی مستند شود (what)
- چه موقع مستند شود (when)
- چه کسی مستند کند (who)

۴-۴-۱ چگونه مستندسازی انجام شود (how)

۱. صحت: داده های ثبت شده باید دارای ارزش های درست و معتبر باشند و این مهم مستلزم آموزش و تعلیم مناسب است.
۲. قابلیت دسترسی: داده ها باید به آسانی قابل اکتساب باشد.
۳. جامعیت: تمام داده ها باید مورد نیاز جمع آوری شده و داده هائی که وجود آنها ضروری است ثبت شوند.
۴. پیوستگی: ارزش داده ها در بین کاربران مختلف قابل اعتماد و یکسان باشد.
۵. جاری بودن: داده ها باید به روز باشد.
۶. تعریف داده ها: هر عنصر داده ای باید دارای معنای مشخص و ارزش های قابل قبولی باشد.
۷. دارای جزئیات بودن: صفات و ارزش های داده ها باید به صورت مشروح تعریف شده و در بر گیرنده جزئیات لازم باشند.
۸. دقت: ارزش داده ها به اندازه ای باشد که بتوانند کاربرد یا فرایند مورد نظر را حمایت کنند.
۹. مرتبط بودن: داده ها برای کاربرد یا فرایند مورد نظر معنادار باشند.
۱۰. بهنگام بودن: اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

۴-۴-۲ چه چیزی مستند شود (what)

- در مسائل قانونی، یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است.
- حذف جزئیات یک اشتباه مهم و عمومی در مستندسازی است. البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.
- قوانین عمومی مستند سازی پزشکی: مستندسازی در هر ویزیت و مواجهه با بیمار باید شامل موارد زیر باشد:

A. شکایت اصلی یا دلیل مراجعه

B. تاریخچه

C. معاینه فیزیکی

D. یافته ها

E. نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه

F. ارزیابی و تشخیص بالینی

G. برنامه مراقبت

H. تاریخ و هویت خوانای متخصص مراقبت بهداشتی درمانی

بعلاوه :

- امتناع بیمار از پیگیری توصیه های پزشکی باید ثبت شود.
- مدارک پزشکی باید بطور کامل مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین ، محرمانه حفظ شود.
- هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضاء باشد و عنوان و سمت فرد امضاء کننده مشخص باشد.

■ محتوای گزارشات پزشکی

■ درجه مستندسازی به پیچیدگی خدمت ارائه شده و تخصص پزشک بستگی دارد.

مثلا :

معاینه عادی قفسه سینه ممکن است برای متخصص قلب از نظر جزئیات معاینه و مستندسازی نسبت به پزشک عمومی معنای متفاوتی داشته باشد.

■ مستند سازی اصطلاحات پزشکی:

- تیم درمانی باید اطلاعات کاملی در زمینه اصطلاحات پزشکی داشته و با اختصارات و علائم استاندارد آشنایی داشته باشند.
- برخی پزشکان از اختصارات و واژه های غیر استاندارد استفاده می کنند.
- اختصارات باید از بخشهای حیاتی تر پرونده بیمار (تشخیصهای نهائی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علل فوت) حذف شوند.
- در صورت استفاده از اختصارات (بجز موارد استثناء) بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده شود، چرا که ممکن است یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود و از طرفی استفاده کنندگان مختلف برداشتهای متفاوتی از این اختصارات داشته باشند که پی بردن به واژه صحیح، ضمن اتلاف وقت گاهی غیرممکن است.

در مستندسازی باید به موارد زیر دقت کرد:

■ عینی بودن:

حقایق را ثبت کنید و نظرات شخصی خود را حین مستندسازی منعکس نکنید.
به وسیله مستندسازی، چیزهایی که دیده، شنیده یا لمس می شوند، باید واضح و بدون سمت گیری باشند.
علائم و نشانه ها را شرح دهید.
دقیقا آنچه را که مشاهده می کنید شرح دهید و آنچه را که می بینید مستند کنید (فعالیت بیمار را شرح دهید نه آنچه را که فکر می کنید)

■ صریح باشد:

برای ثبوتیات باید از بیان صریح به جای گفته های کلی و مبهم استفاده شود. حدسیات و گمان ها را مستند نکنید. ثبوتیات باید حاوی اطلاعات واقعی و حقیقی باشند.

نمونه ای از عبارات کلی و مبهم :

➤ بیمار خوب بود، ظاهراً وضعیت خوبی دارد، وضعیت متعادل، مناسب و طبیعی

■ از نقل قول مستقیم استفاده شود:

لزوما از کلمات دقیق بیمار استفاده کنید و نقل قول مستقیم بیمار را بنویسید. بین کلمات بیمار از آنچه شما مشاهده کرده اید با قرار دادن نقل قول بیمار در علامت نقل قول تفاوت قائل شوید. بنابراین سایرین متوجه می‌شوند جمله دارای علامت نقل قول دقیقاً چیزی است که بیمار گفته است.

مثال:

همسر خانم حسینی گفت: «همسر من غذای اینجا را دوست ندارد.»

■ به هنگام باشد:

چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می‌شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود. بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی تجویز داروها و انجام درمان‌ها اطلاعات مربوطه را همیشه بعد از دادن دارو یا انجام درمان و نه قبل از آن ثبت کنید.

اگر ثبت یک امر مقتضی را فراموش کردید و آنرا بعد از سایر مستندات به پرونده بیمار اضافه کردید بایستی

داده ی ثبت شده را به عنوان ورودی دیر ثبت شده مشخص کنید تحت عنوان (Late Entery)

■ مستندسازی واضح و مداوم باشد:

کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد. رعایت املاء صحیح و نقطه گذاری و جمله بندی در ثبت اطلاعات ضروری است.

(بیمار حمام شده در ویلچر در راهرو) جمله واضحی نیست. آیا منظور اینست که بیمار حمام شده در راهرو بر روی صندلی چرخدار قرار گرفته است .

اطلاعات بایستی با روش منطقی و متوالی ثبت شود و استمرار ثبت اطلاعات باید وجود داشته باشد. جهت مستندسازی از ساختار مشخص شده موسسه درمانی استفاده کنید.

■ کامل بودن :

تمام حقایق و اطلاعات مربوط به یک واقعه، دوره درمان، وضعیت بیمار، پاسخ بیمار به درمان ها و انحرافات از استانداردهای مربوط به درمان و مراقبت (بخصوص دلایل ایجاد چنین انحرافات) باید مستند شود. باید اطمینان حاصل شود که ثبیتات کامل هستند و حاوی تمام اطلاعات حایز اهمیت می باشند.

■ خوانا بودن :

تعیین معیار برای خوانایی چیز ساده ای نیست. به طور کلی خوانایی را می توان این گونه تعریف کرد که آیا یک یادداشت به وضوح و راحتی قابل خواندن است یا نه. تمام ثبیتات داخل پرونده باید خوانا باشد. ناخوانا بودن مستندات می تواند بیمار را در معرض مخاطرات زیادی قرار دهد. خوانا بودن مستندات، به سایر درمانگران کمک می کند و تداوم طرح مراقبت بیمار را تضمین می کند. اگر ثبیتات قابل خواندن نیستند، بهتر است ثبت کننده از ابتدا ثبیتات را در سطح بعدی تکرار کند و توضیح دهد، چرا نوشته فوق را مجددا تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است. اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، باید دقیقا مشابه اولی باشند و حتما تاریخ و امضا داشته باشند.

■ مراقبت و درمان را به هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.

■ هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.

۴-۴-۴ چه کسی مستند کند (who)

■ تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند مستندساز نامیده می شوند، زیرا آنها به ترتیب زمان

حقایق و مشاهدات دائمی درباره سلامت بیماران را ثبت می کنند.

■ هر قدر مشغله کاریتان زیاد باشد از دیگری نخواهید که مستندات شما را کامل کند و هرگز مستندات فرد

دیگری را کامل نکنید.

۴-۵ خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

➤ حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل

اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که مستندساز می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند. از

کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید. بهیچ عنوان از

کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال: گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست،

حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

➤ دقت در گزارش نویسی

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند. مثال:

گزارش صحیح: 350cc مایعات مصرف نموده است.

گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 7cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار است.

- ✓ در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری نمایید.
- ✓ علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.
- ✓ در ثبت گزارشات به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یکی از اعضاء تیم درمانی انجام می شود توسط اعضاء دیگر ثبت یا چارت گردد.
- ✓ در گزارشات مرتبط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- ✓ چنانچه مستندساز گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.
- ✓ عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، تاریخ و ساعت

➤ کامل بودن گزارش:

- ✓ اطلاعاتی که در گزارشات ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.
- ✓ در تهیه گزارش بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

➤ پویا بودن گزارش:

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد. تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

- ✎ علائم حیاتی
- ✎ تجویز دارو و اقدامات درمانی
- ✎ آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
- ✎ تغییر در وضعیت سلامت
- ✎ پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- ✎ درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

➤ سازماندهی گزارش:

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

➤ محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه باشد و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار. البته بیمارستان حق تکثیر هیچ

یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

۶-۴ نحوه تکمیل انواع فرمها

۴-۶-۱ فرم پذیرش و خلاصه ترخیص (موارد مربوط به متصدی پذیرش)

این فرمها معمولا در دو شکل کاغذی و الکترونیکی تکمیل می‌شوند:

الف) فرم کاغذی

- ۱- تمامی اطلاعات هویتی و دموگرافیک مربوط به بیمار ثبت شوند. این اطلاعات شامل: شماره پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، کد ملی، محل صدور شناسنامه، جنسیت، وضعیت تاهل، مذهب، شغل، محل کار، آدرس، تلفن، مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار.
تبصره: در قسمت آدرس ذکر نوع سکونت (شهری - روستایی - حاشیه - عشایری و سایر) الزامی است.
- ۲- نام و نام خانوادگی بصورت کامل ثبت شوند، بخصوص پسوندهای (فامیلی) مربوط به نام خانوادگی ثبت گردد.
- ۳- اطلاعات هویتی بیمار از روی مدارک شناسایی معتبر (کارت ملی، شناسنامه و ...) تکمیل گردد.

۴- آدرس و تلفن بیمار و همراه وی، بصورت کامل و دقیق ثبت گردد. توصیه می‌شود که در مورد بیمار و همراه وی هم تلفن ثابت و هم تلفن همراه ثبت گردد. ثبت آدرس بصورت دقیق و کامل در موارد خاص مثل فرار بیمار، می‌تواند به بیمارستان کمک زیادی کند.

۵- تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، نوع پذیرش (عادی / اورژانس)، بخش بستری، پزشک معالج، نوع بیمه، شماره بیمه بیمار، در صورت تصادف و یا ضرب و جرح بودن مورد اطلاع دادن به نزدیکترین مرکز انتظامی و ثبت نام آن مرکز در محل مربوطه، ثبت گردد.

۶- ثبت تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، و نوع پذیرش (عادی / اورژانس)، بخش بستری و پزشک معالج الزامی است. اخذ رضایت نامه های اجازه درمان و اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی در پشت برگ پذیرش، از بیمار و در صورت نرسیدن به سن بلوغ، ولی، قیم و یا سرپرست قانونی وی. در مواردی که بر روی حقوق ناشی از ازدواج تاثیر می‌گذارد مانند عقیم سازی، هیستریکتومی، وازکتومی، سقط جنین رضایت همسر نیز الزامی است. لازم به ذکر است که با توجه به حقوق بیمار در رضایت آگاهانه و مسائل قانونی پیرامون آن، بیمارستان ها باید دارای فرم های جداگانه برای اخذ رضایت نامه ها باشند و وظیفه اخذ آنها نیز بر عهده پزشک معالج است.

۴-۶-۲ موارد مربوط به پزشک معالج:

پزشک معالج مکلف است که تشخیص های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و به صورت کامل ثبت کند.

۱- در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.

۲- تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی (*Main Condition*) و بیماری های همراه (*comorbidity*) و سایر عوارض (*Complication*) می باشد.

۳- یک عبارت تشخیصی کامل باید حتی الامکان هم ماهیت اتیولوژیک (علت زمینه ای موجد بیماری یا حالت پزشکی) و هم عارضه بالینی ایجاد شده توسط آن علت خاص را مشخص نماید. برای مثال:

- *Anemia due to blood loss from chronic gastric ulcer*

- *Gonococcal Cystitis*

- *Lyme disease arthritis*

۴- در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود و در عبارت تشخیصی باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیکی درگیر را به دقت مشخص نماید. برای مثال:

- *Acute myocardial infarction of inferolateral wall.*

از اصطلاحات مناسب و ارجح (*preferred term*) مطابق با کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD)، برای ثبت تشخیص ها استفاده شود. استفاده پزشکان از این اصطلاحات کمک زیادی به کدگذاری صحیح پرونده ها می کند. مثال:

- از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ها تا حد امکان خودداری گردد.

- از ثبت علایم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.
- اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم در قسمت مربوطه و به زیان انگلیسی و به صورت کامل، توسط پزشک معالج یا جراح ثبت گردد.
- در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است.
- عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:
- ✓ اقدام اصلی انجام شده (مثل *Removal*، *Replacement*، *Extraction*، *Insertion*، *Excision* و...)
- ✓ قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود.
- ✓ روش انجام اقدام (مثل *Percutaneous*، *Transtemporal*)

مثال:

- *Transtemporal partial excision of intracranial lesion*
- *Removal of Monitoring Device from Left Lung, Open Approach*

- *Dilation of right femoral artery with intraluminal device, percutaneous approach*

✓ ذکر نوع Device یا پروتزی که بعد از عمل جراحی در بدن بیمار باقی می ماند.

۵- در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، علت خارجی صدمه یا مسمومیت به زیان انگلیسی و به صورت کامل ثبت گردد.

۶- در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.

۷- ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت باید شامل موارد زیر باشد:

• مکانسیم حادثه (تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو خوردگی، سوختگی و ...)

• قصد حادثه (تصادفی، عمدی، نامشخص)

• نوع شی (چاقو، اتو، چکش،...)

• مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه،...)

• نوع فعالیت فرد (در حال ورزش، حین کار)

۸- وضعیت بیمار به هنگام ترخیص، ثبت گردد.

۹- در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از

48 ساعت الزامی است.

۱۰- در صورت انجام اتوپسی برای بیماران فوت شده، در محل مربوطه ثبت گردد.

۴-۶-۳ موارد مربوط به بخش:

- مدت اقامت بیمار به روز ثبت گردد.

- در هنگام انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر یا به بیمارستان دیگر، تاریخ انتقال و همچنین نام بخش یا

مرکز درمانی ثانوی ثبت گردد.

- در صورت انجام مشاوره پزشکی برای بیمار تعداد مشاوره های انجام شده ثبت گردد.

۴-۶-۴ موارد مربوط به بخش مدارک پزشکی پس از ترخیص بیمار:

۱- تمام تشخیص های ثبت شده، جراحی ها و اقدامات انجام شده توسط کدگذار (بر اساس ICD) کدگذاری و

در قسمت مربوطه درج گردد.

۲- تعداد روزهای بستری محاسبه شود در قسمت مربوطه این فرم ثبت گردد.

۳- تمام قسمت های این فرم از نظر کامل بودن بررسی شود و در صورت ناقص بودن پیگیری های لازم جهت

تکمیل فرم انجام گیرد.

۴-۸-۵ تصدیق های لازم:

امضاء مسئول پذیرش، مهر و امضاء پزشک معالج پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده، مهر و امضاء رزیدنت (در بیمارستانهای آموزشی) و امضاء سرپرستار بخش الزامی است.

ب) فرم الکترونیکی

- ۱) تمامی دموگرافیک مربوط به بیمار هم در فرم کاغذی و هم در فرم الکترونیک ثبت گردد.
- ۲) تمامی اطلاعات دموگرافیک مربوط به بیمار ثبت شوند. این اطلاعات شامل: شماره پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، کد ملی، محل صدور شناسنامه، جنسیت، وضعیت تاهل، مذهب، شغل، محل کار، آدرس، تلفن، مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار
- ۳) به منظور تسهیل در بازیابی اطلاعات، بیمارستان باید دستورالعمل مدون و مشخصی برای ثبت یکسان اسامی (نام، نام خانوادگی، نام پدر) در رایانه داشته باشد. برای مثال در فرم کاغذی "حسنعلی" با "حسن علی"، یا "یداله" با "یدالله" تفاوتی ندارد، اما در جستجوی اطلاعات در سیستم های اطلاعات کامپیوتری این دو با هم تفاوت دارند، و این تفاوت بخصوص در برنامه های سیستم های اطلاعات بیمارستانی (HIS)، تحت DOS مشکلاتی را در زمان جستجوی نام بیماران ایجاد می کند، بنابراین برای ثبت درست و یکسان اسامی بیمارستان باید یک دستورالعمل مدون در بخش پذیرش داشته باشد، این دستورالعمل باید شامل موارد زیر باشد:

✓ نحوه ثبت یکسان اسامی فارسی که مرکب از دو اسم هستند.

✓ نحوه ثبت یکسان اسامی که دارای کلمه «الله» می باشند.

✓ نحوه ثبت یکسان اسامی که با پیشوند «سیده یا سید» شروع می شوند.

-
- ۴) ثبت اطلاعات هویتی بیمار شامل: نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، کد ملی، جنسیت، آدرس، تلفن، نوع سکونت (شهری، روستایی و...) ... مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار الزامی است.
- ۵) نام و نام خانوادگی بصورت کامل ثبت شوند، بخصوص پسوندهای (فامیلی) مربوط به نام خانوادگی ثبت گردد.
- ۶) اطلاعات هویتی بیمار از روی مدارک شناسایی معتبر (کارت ملی، شناسنامه و...) تکمیل گردد.
- ۷) آدرس و تلفن بیمار و آدرس و تلفن همراه بیمار، بصورت کامل و دقیق ثبت گردد. توصیه می‌شود که در مورد بیمار و همراه وی هم تلفن ثابت و هم تلفن همراه ثبت گردد.
- ۸) نسبت همراه بیمار با بیمار (برای مثال برادر، پدر، پسر و...) ثبت گردد.

۹) تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، نوع پذیرش (عادی/ اورژانس)، بخش بستری، پزشک معالج، نوع بیمه، شماره بیمه بیمار، در صورت تصادف و یا ضرب و جرح بودن مورد اطلاع دادن به نزدیکترین مرکز انتظامی و ثبت نام آن مرکز در محل مربوطه، ثبت گردد.

۱۰) ثبت تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، و نوع پذیرش (عادی/ اورژانس)، بخش بستری و پزشک معالج الزامی است.

۴-۶-۶ فرم خلاصه پرونده

۱- پزشک معالج بایستی پس از دستور ترخیص، اقدام به تکمیل این فرم نماید و محتوی خلاصه ترخیص باید شامل موارد زیر باشد:

✓ دلیل بستری شدن بیمار

✓ خلاصه ای مختصر از تشخیص ها و یا هرگونه بیماری همراه و یا عارضه

✓ مهمترین یافته‌های دوران بستری

✓ اقدامات انجام شده و درمان ارائه شده

✓ شرایط بیمار در زمان ترخیص (توصیف محدودیت ها)

✓ ثبت دستورات بیماران و خانواده آنها برای ادامه مراقبت و یا پیگیری

۲- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار الزامی است.

۳- تکمیل کلیه موارد ثبت شده بر روی این فرم (تاریخ ترخیص، شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه ، تشخیص

نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی، سیر بیماری، وضعیت بیمار

در هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص) الزامی است.

ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی الزامی است.

۴- در مورد ثبت صحیح تشخص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد شد.

۵- در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه پرونده اشاره شود.

۶- مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است.

۷- وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است (لازم به توضیح است که کپی این فرم باید به بیمار داده شود).

۴-۶-۷ فرم شرح حال و معاینه بدنی

۱- فرم شرح حال و معاینات بدنی باید در مدت 24 ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

۲- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۳- اطلاعات این فرم باید از بیمار گرفته شود. در صورتی که به هر علتی اخذ تاریخچه قابل اعتماد از بیمار امکان پذیر نباشد باید تاریخچه از بهترین کسی که دقیقترین و بیشترین اطلاعات را دارد اخذ گردد.

۴- شرح حال بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

✓ شکایت اصلی: شرح مختصری از ماهیت، عوارض و نشانه های بیماری و مدت زمانی که علائم ناراحتی وجود

داشته و نوع و علتی که سبب مراجعه بیمار به پزشک شده از زبان خود بیمار

در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، نحوه بروز حادثه یا مسمومیت ثبت گردد، ثبت باید

شامل: نوع صدمه (زخم باز، شکستگی، دررفتگی، و...) ، موضوع آناتومیکی دچار صدمه، مکانسیم حادثه

(تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو خوردگی، سوختگی و...) ، قصد حادثه (تصادفی، عمدی،

نامشخص)، نوع شی (چاقو، اتو، چکش)، مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه، ...) و فعالیت فرد

هنگام حادثه (رانندگی، آشپزی، ورزش)، و نحوه انتقال مصدوم به بیمارستان باشد.

✓ بیماری فعلی: شرح کاملی از زمان پیدایش بیماری بر حسب تاریخ و پیشرفت بیماری از بروز نخستین علامت تا

حال حاضر

✓ سابقه قبلی: خلاصه ای از کلیه بیماری های قبلی مانند: بیماری های عفونی حاد، سوانح، مسمومیت، جراحی

ها، حساسیت ها، حساسیت های دارویی

➤ در مورد زنان متاهل، تعداد بارداری های قبلی، زایمان، تولد زنده و سقط جنین نیز باید ثبت گردد.

➤ در مورد اطفال سابقه واکسیناسیون، ناهنجاریهای مادرزادی، نارس بودن یا بیماریهای دوران نوزادی ثبت گردد.

➤ در مورد اطفال کمتر از یک سال وزن هنگام تولد ثبت گردد.

✓ سابقه شخصی: وضعیت تاهل، عادات، سوابق اجتماعی، شغلی و محیط کار و زندگی فرد، به خصوص اگر این

عوامل در ایجاد بیماری نقش داشته باشند.

✓ در مورد بیماران معتاد به مواد مخدر، مدت زمان اعتیاد به مواد مخدر، نوع مواد مخدر مصرفی، میزان

مصرف، ثبت گردد. در مورد معتادان تزریقی و آلودگی به ویروس هپاتیت یا ایدز ثبت گردد.

✓ سابقه خانوادگی: شرح بیماری های خانوادگی که در آنها وراثت نقش داشته، بیماری های روانی، سرطان ها

و مسائل عمده سلامت بستگان درجه یک

➤ در مورد بیماران با تشخیص سرطان، وجود سابقه سرطان در بستگان درجه یک ثبت گردد.

➤ در مورد بیماری های وراثتی، وجود سابقه بیماری در بستگان درجه یک ثبت گردد.

✓ سابقه اجتماعی (مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت روزانه

✓ سابقه دارویی (داروهای در حال مصرف و حساسیت ها

۵- معاینه بدنی بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

الف) بررسی سیستمیک اعضای بدن شامل:

✓ عمومی: شامل تغذیه، تب، عرق شبانه، ریزش مو، افزایش و یا کاهش وزن و هر نوع اشتغال یا عادت که

احتمالاً بر پیدایش و یا بروز بیماری موثر بوده است.

- ✓ پوست: سابقه جوش، کبودی و سیانوز، زردی (یرقان) و سایر ناراحتی های پوستی
- ✓ سر: سردرد، مدت، شدت، خصوصیت و محل آن
- ✓ چشم ها: کشش، درد، دوبینی، نورگریزی (عدم مقاومت در مقابل نور)، آب ریزش، استعمال عینک (تاریخ آخرین معاینه)، التهاب، دید مه آلود، دیدن لکه های سیاه و...
- ✓ گوش ها: ناشنوائی، ترشح، وجود صداهای پیچیده، گیجی، درد و...
- ✓ بینی: سرماخوردگی، خون ریزی، ترشح، گرفتگی، آب ریزش، درد سینوسی و...
- ✓ گلو: درد، قرمزی، گرفتگی صدا، اشکال در بلع و...
- ✓ تنفس: درد سینه، خلط خونین، دفع خلط و بلغم از سینه، تنگی نفس، سرفه، تعریق شبانه، تاریخ آخرین عکس و...
- ✓ عصبی-عضلانی: ضعف تحرک، درد مفاصل، خارش و مورمور شدن، واریس، تغییر شکل و...
- ✓ قلب و عروق: درد سینه، آسم، طپش قلب، ضربان تند، غش، سرگیجه، ورم و...
- ✓ معده-روده ای: اشتها، عطش، تهوع، قی، استفراغ خونی، ملنا، استفراغ سیاه، قولنج، یرقان، اسهال، خصوصیات ویژه غذائی و...
- ✓ تناسلی-اداری: اشکال در ادرار و سوزش، تکرر ادرار، خواب ادراری، دفع غیر ارادی، چرک در ادرار، خون در ادرار و...
- ✓ قاعدگی: دفعات، نوع، طول مدت قاعدگی، قاعدگی دردناک، خونریزی، علائم یائسگی، قرص و یا وسائل ضد بارداری استفاده شده یا خیر و...
- ✓ وضعیت روانی: تیپ شخصیت، عواطف و احساسات، سردردها، تشنجات، فلج ها، ضعف اعصاب، فشار محیطی، از دست دادن حافظه، بی خوابی، کابوس، رفتارهای بیمارگونه اجتماعی و...

(ب) فهرست موارد مهم در معاینات بدنی:

✓ علائم حیاتی: این علائم عبارتند از وزن، قد، درجه حرارت بدن، نبض، تنفس و فشار خون که نشان دهنده ماهیت زنده و غیر زنده هستند.

✓ عمومی: وضعیت و حالت اندام های مختلف، وضعیت تغذیه، سن ظاهری، آنچه که از وضعیت بدنی شخص و خطوط چهره مشخص می شود، شدت و حالت بیماری، وضعیت عاطفی - روانی.

✓ پوست: رنگ، کیفیت، رنگدانه های پوستی، از نظر تجمع و پراکندگی و رنگ، خون مردگی، پتیشیا، کیفیت توزیع موها، ناخن ها، میگزودم، تعریق، جراحات احتمالی و زخمها، زردی و سایر علائم.

✓ سر و چشم ها: شامل:

➤ جمجمه و پوست سر: از نظر عمومی و ترکیب آنها و وجود زخم و یا اثر جراحی و سوختگی بر روی آنها.

➤ پلک ها: از نظر تورم، پائین افتادگی غیرطبیعی،...

➤ صلبیه: سفیدی چشم از نظر وجود خونریزی و یرقان

➤ ورم ملتحمه: رنگ پریدگی تزریق و تنقیه و یا وجود پتیشیا

➤ قرنیه: از نظر اثر زخم و جراحی

➤ مردمک: از نظر اندازه، شکل کیفیت عملکرد، تطابق و واکنش در مقابل نور و سایر تحریک کننده ها

➤ بینائی: شدت و قدرت دید، حوزه بینائی

➤ بیماری های چشمی: گرفتگی ها و دیسک های بینائی، عروق چشمی، ترشحات و خونریزی ها

✓ گوش ها: اندام تیمپانیک، کانال ها و مجاری، شنوایی، تخلیه و ترشح و....

✓ بینی: مجاری هوایی، مخاط، تیغه بینی، سینوس ها، ترشحات، خونریزی و بویائی

- ✓ دهان: تنفس ، لبها، دندان ها، لثه ها، زبان، غددو شیره های بزاق و...
- ✓ گلو: لوزه ها، فارینکس، کام، زبان کوچک و مجرای حلقی -تنفسی
- ✓ گردن: سختی، حجم و توده های احتمالی، تیروئید و وضعیت آن، عروق، تراشه ها، لنف ها و غدد لنفاوی و غدد بزاقی تحت فکی
- ✓ دستگاه لنفاوی: وضعیت و حالت غدد لنفاوی، اندازه، تجمع و تراکم، تغییر پذیری و نرمی و ضخامت
- ✓ قفسه سینه: فرم و حالت تقارن، تنفس و وضعیت سایر اندام های مربوط
- ✓ پستان: سختی و حجم، ترشح، نوک آن از لحاظ حالت و رنگ ، ضخامت و نوع بافت
- ✓ ریه ها: صداهای تنفسی، عفونت و صدای صحبت کردن
- ✓ قلب: پالس های آپیکال، نبض، ریتم، صدا، رفلکس مورمور و فریکشن راب
- ✓ عروق خونی: نبض، کیفیت و ارتجاع دیواره عروق
- ✓ شکم: حرکات دودی شکل، اسکار، گرمی، اسپاسم، گرفتگی، مایع، کبد، کلیه، طحال و فتق
- ✓ دستگاه ادراری -تناسلی: اسکار، تغییرات بافتی، فتق، درد، التهاب، اپی دیدیم، فتق عروقی و فتق بیضه
- ✓ مقعد: شکاف، هموروئید، وضعیت اسفنکتر، پروستات، عروق سمینال و مدفوع
- ✓ واژینال: اعضای تناسلی خارجی، غدد بارتولین و اسکین، واژن ، دهانه و گردن رحم، رحم و غدد
- ✓ ماهیچه ای اسکلتی: تغییر شکل ها، تورم، قرمزی، گرمی و محدودیت حرکت
- ✓ اندام انتهائی: رنگ، ادم، لرزش(تکان و حرکات غیر ارادی)، چماقی شدن ، زخم ها و التهاب واریسی
- ✓ اعصاب: اعصاب مغزی، هماهنگی، رفلکس ماهیچه دوسر، رفلکس ماهیچه سه سر، پاتلار، آشیل ، شکمی، اعصاب سینه ای، حساسیت....

پزشک باید پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه بدنی، تشخیص اولیه یا موقت را بصورت کامل و به زبان انگلیسی در فرم شرح حال ثبت کند. ثبت تشخیص الزامی است. بایستی از ثبت علام و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد. تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند. مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است. در

مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم شرح حال و معاینات بدنی توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک متخصص مربوطه نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

۴-۶-۸ فرم سیر بیماری

■ هدف تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستند سازی پاسخ بیمار به درمان، مورد تاکید قرار گیرد، و به این فرمت ارائه شود:

- (۱) یادداشت های پذیرش بیمار ذکر وضع عمومی بیمار در قالب اطلاعات Subjective بیمار
- (۲) یادداشت های بعدی: کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان را مستند کند.
- (۳) یادداشت های نهایی: وضعیت بیمار هنگام ترخیص (توصیه های زمان ترخیص شامل فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ یافته های پس از ترخیص و یافته های بعد از انجام اتوپسی
- (۴) تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
- (۵) یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگرفته ی اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری باشد، این یادداشت ها باید بر اساس تاریخ و همه روزه (در مورد بیماران با وضعیت اورژانسی بنا به شرایط بیمار)، وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرایند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.
- (۶) یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.
- (۷) از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل " حال عمومی بیمار خوب است " ، خودداری شود.
- (۸) در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد.
- (۹) در آخرین یادداشت سیر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت، بهبودی، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص، بیان شود.

۱۰) هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP^۱ مستند گردد.

■ مهر و امضاء پزشک الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم سیر بیماری توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک مسئول نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

۴-۶-۹ فرم درخواست مشاوره پزشکی

- ✎ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
- ✎ ثبت تاریخ و ساعت مشاوره، نام پزشک در خواست کننده و نوع مشاوره (اورژانس یا غیراورژانس) و مهر و امضاء پزشک در خواست کننده الزامی است.
- ✎ ثبت درخواست مشاوره و توضیحات آن توسط پزشک معالج (پزشک درخواست کننده) الزامی است.
- ✎ ثبت مشاهدات و نظریات و در صورت نیاز روش های درمانی توصیه شده، دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده، مهر، امضاء و تاریخ و ساعت ارائه مشاوره الزامی است.
- ✎ در خصوص مشاوره های تخصصی مورد لزوم، تاریخ، ساعت و علت درخواست و همچنین تاریخ و ساعت مشاوره قید شود و در صورت موافقت با نظریه مشورتی پزشک مشاور، پزشک معالج دستور انجام اقدامات پیشنهادی را به صورت کتبی صادر نماید.

۴-۶-۱۰ فرم مراقبت قبل از عمل جراحی

- ❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
- ❖ ثبت تاریخ عمل، الزامی است.
- ❖ ثبت تشخیص قبل از عمل، نام عمل جراحی با ذکر سمت عمل (چپ یا راست برای عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن) الزامی است.

¹ Subjective & objective-assessment -plan

- ❖ ثبت علائم حیاتی قبل از عمل ، فشارخون موقع پذیرش و پس از داروهای بیهوشی، داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده از آنها، اثر داروهای بیهوشی و اشاره به وجود یا عدم وجود اعضای مصنوعی الزامی است.
- ❖ امضاء پرستار بخش با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تکمیل این فرم الزامی است.
- ❖ امضاء پرستار اتاق عمل با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تأیید کلیه مندرجات این فرم الزامی است.
- ❖ برای کلیه اعمال جراحی و همچنین معاینات تحت بیهوشی مانند جاناندازی و گچ گیری و آندوسکوپی، تکمیل نمودن این فرم الزامی است.

۴-۶-۱۱ فرم بیهوشی

- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
- ثبتیات این فرم باید نشان دهنده، نوع عمل، نوع بیهوشی، تکنیک بکار رفته، مدت بیهوشی، نوع و دوز داروی بیهوشی، مایعات داخل وریدی تزریق شده در اتاق عمل، علائم حیاتی بیمار در مدت بیهوشی، مدت زمان دقیق بیهوشی و عمل ، ریسک بیهوشی باشد. بنابراین موارد زیر باید در این فرم ثبت گردد:

الف) صفحه اول (جلو) فرم بیهوشی

- + بایستی تشخیص قبل از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.
- + ثبت عمل جراحی پیشنهاد شده الزامی است.
- + ثبت داروهای قبل از بیهوشی ، الزامی است.
- + ثبت نوع بیهوشی، و داروی مورد استفاده برای بیهوشی الزامی است.
- + ثبت علائم حیاتی بیمار (فشار خون، نبض، حرارت و تنفس) در مدت بیهوشی الزامی است.
- + ثبت مقدار مایعات (خون ، سرم قندی و).... تزریق شده به بیمار الزامی است.

ثبت مدت زمان بیهوشی (شروع بیهوشی، پایان بیهوشی) و مدت زمان عمل (شروع عمل، پایان عمل) الزامی

است. در جدول مربوط برای شروع و پایان بیهوشی از علامت X و برای شروع و پایان عمل از علامت استفاده

شود.

ثبت ریسک بیهوشی الزامی است.

در صورتی که بنابر وضعیت بالینی، بیمار نیاز به مراقبت مخصوص در حین بیهوشی داشته باشد، ثبت نوع

مراقبت مخصوص، الزامی است.

ثبت وضعیت عمومی بیمار در پایان بیهوشی الزامی است.

ب) صفحه دوم (پشت) فرم بیهوشی

ثبت نام جراح، کمک جراح، پرستار عمل و پرستار کمک، الزامی است.

تشخیص بعد از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.

ثبت سن، جنس، وزن و قد بیمار الزامی است.

در پشت فرم بیهوشی ثبت درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار الزامی است.

ثبت وضعیت تنفس و وضعیت قلب بیمار الزامی است.

نتایج آزمایشگاهی و رادیوگرافی ثبت گردد.

ثبت حساسیت دارویی الزامی است.

ثبت عوارض و ناراحتی های قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل و حساسیتهای داروئی بیمار الزامی است.

مهر و امضاء متخصص بیهوشی الزامی است.

- ۱- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی اتاق عمل الزامی است.
- ۲- فرم گزارش عمل جراحی، باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد.
- ۳- ثبت مشخصات جراح، کمک اول، کمک دوم، متخصص بیهوشی، نوع بیهوشی، پرستار اتاق عمل، پرستار کمک، زمان عمل (شروع و خاتمه) و نوع عمل (سرپایی / بستری) الزامی است.
- ۴- محتوای یک گزارش عمل باید شامل موارد زیر باشد:

■ شرح دقیق یافته ها

■ اقدامات فنی

■ موضوع آناتومیکی مورد جراحی

■ مشخصات نمونه برداشته شده

■ تخمینی از خون از دست رفته

■ تشخیص پس از عمل

■ تشخیص قبل و بعد از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.

- ۵- نوع عمل جراحی در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، ثبت گردد. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:

✓ اقدام اصلی انجام

✓ قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود.

✓ روش انجام اقدام

✓ ابزار مورد استفاده (در صورتی که از دستگاه یا ابزار خاصی، برای عمل استفاده شود)

- ۶- در مورد ثبت صحیح تشخص ها و اعمال جراحی راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد شد.

۷- اطلاعات ثبت شده در مورد کنترل شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل بایستی باهم مطابقت داشته باشند.

۸- مهر و امضای پزشک جراح و پرستار اتاق عمل، الزامی است.

۹- ثبت دستورات بعد از عمل، الزامی است.

۴-۶-۱۳ فرم مراقبت بعد از عمل جراحی

۱) تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۲) ثبت نوع عمل جراحی و بیهوشی الزامی است.

۳) ثبت تاریخ عمل، و ساعت ورود و خروج به اتاق ریکاوری الزامی است.

۴) ثبتیات این فرم نشان دهنده وضعیت بیمار از هنگام ورود به اتاق ریکاوری تا زمان خروج از اتاق ریکاوری است

و باید توسط متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری تکمیل گردد، بنابراین علائم حیاتی بیمار، وضعیت

تنفس، معایعات داده شده به بیمار، معایعات دفع شده، اقدامات و داروهای داده شده در اتاق ریکاوری و ... باید

در این فرم ثبت گردد و ثبت این اطلاعات الزامی می باشد.

۵) ثبت دستورات پزشک، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است.

۶) ثبت مشاهدات پرستار، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است.

۷) مهر و امضاء متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری الزامی است.

۴-۶-۱۴ فرم دستورات پزشک

- ۱- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
- ۲- ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است.
- ۳- دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.
- ۴- مهر و امضاء پزشک در پایان دستورات الزامی است. (پزشک باید در انتهای دستورات آنها را ببندد، در صورتی که این امر توسط پزشک انجام نشود می بایست توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود و جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان بسته شود).
- ۵- پرستاران بایستی به شکلی (معمولاً با علامت چک مارک) در فرم دستورات پزشک نشان دهند که دستورات اجرا شده است. تاریخ و ساعت چک شدن و تعداد دستور توسط پرستار باید ذکر شود.
- ۶- دستورات پزشک مشاور: باید به تایید پزشک معالج رسانده شود.
- ۷- وقتی که پزشک بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی به پرستار می دهد، پرستار باید آن را در فرم دستور پزشک نوشته و همچنین اسم پزشک را مشخص نماید، زمان صدور دستور و امضاء خودش را نیز باید مشخص نماید و پزشک نیز باید در اسرع وقت دستورات تلفنی خود را امضاء و مهر نماید، دستورات شفاهی (تلفنی) باید توسط دو پرستار تایید و امضاء شود.
- ۸- مهر و امضای پرستار الزامی است.

۴-۶-۱۵ فرم گزارش پرستار

- ۱) تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
- ۲) گزارش پرستار باید نشان دهنده مشاهدات عینی پرستار از تغییرات بالینی، رفتاری، روحی بیمار و مداخلات مجاز پرستاری باشد.
- ۳) ثبت کلیه اقدامات دارویی شامل داروهای داده شده و دوز آنها
- ۴) ثبت کلیه اقدامات درمانی انجام شده توسط پرستار مثل پانسمان، وصل سرم، نوار قلب و...

- (۵) ثبت ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت بیمار
- (۶) ثبت نمونه های آزمایشات ارسال شده به آزمایشگاه
- (۷) ثبت وضعیت عمومی بیمار مثل درد، غذا و اشتها، دفع، استراحت و خواب (مخصوصا در شیفت شب)
- (۸) ثبت علائم حیاتی بیمار
- (۹) عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری. مثال: اثر مسکن بر درد، اثر پاشویه بر تب، اثر گرما و سرما بر کاهش تورم و... (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوستثبت حوادث غیر مترقبه: فرار، سقوط، حساسیت و آلرژی، برق گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی باید با ذکر ساعت و توضیحات کامل و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قرار دادن مسئولین ثبت گردد. هم چنین باید اقدامات لازم ایمنی یا حفاظتی، اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش، ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.
- (۱۰) ثبت موارد پاراکلینیک: جواب آزمایشات، گرافی ها، باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگهای لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود.
- (۱۱) ثبت ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه، بیهوشی و...)...
- (۱۲) ثبت پیشرفت بیمار، آموزشهای داده شده به وی

۱۳) ثبت وضعیت نوزاد برای موارد زایمانی در بخش زنان و زایمان (حتی در صورت سالم بودن نوزاد، در

مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت.)

۱۴) ثبت تاریخ و ساعت گزارشات الزامی است.

۱۵) امضاء پرستار همراه با مهری که حاوی مشخصات وی می باشد یا امضاء پرستار که حاوی درج

مشخصات وی بصورت دستی می باشد همراه با مهر بخش الزامی است.

۱۶) انتهای هر گزارش باید با خطی بسته شود.

۴-۶-۱۶ برگ کنترل علائم حیاتی

(a) ثبت مشخصات فردی بیمار الزامی است.

(b) ثبت درجه حرارت ، نبض ، تنفس و فشار خون الزامی است.

(c) ثبت تاریخ و ساعت انجام خدمت و امضاء پرستار الزامی است.

۴-۶-۱۷ برگ نمودار علائم حیاتی

(a) ثبت مشخصات فردی بیمار الزامی است.

(b) تهیه نموداری از علائم حیاتی (نبض ، درجه حرارت ، تنفس و فشار خون) الزامی است.

(c) بر روی این برگه جهت ثبت میزان جذب و دفع مایعات و وزن بیمار محلی در نظر گرفته شده است که

بایستی توسط پرستار تکمیل گردد.

(d) ثبت تاریخ ، روزهای بستری و روزهای بعد از عمل در محل مربوطه الزامی است.

(e) هر گاه لازم باشد که علائم حیاتی با فاصله کمتر از هر ۴ ساعت یکبار ثبت شود از یک نمودار جداگانه

استفاده می شود که می توان در آن علائم حیاتی را دقیقه به دقیقه ثبت نمود.

۴-۶-۱۸ برگ گزارش پاتولوژی

(a) ثبت مشخصات فردی بیمار الزامی است.

(b) گزارش پاتولوژیست بایستی شامل تشخیصهای کلینیکی ، پاتولوژیکی و ماکروسکوپیکی و در

صورت بررسی میکروسکوپیکی تشخیص میکروسکوپیکی باشد.

(c) گزارش پاتولوژی بایستی توسط پاتولوژیست مهر و امضاء شود.

۴-۶-۱۹ برگ درخواست و گزارش رادیولوژی

(a) ثبت مشخصات فردی بیمار الزامی است.

(b) ثبت نوع رادیوگرافی الزامی است.

(c) برای آگاهی رادیولوژیست از وضعیت بیماری و علت درخواست رادیو گرافی پزشک معالج لازم است مختصری

درمورد علائم بالینی و تشخیص موقت را ثبت نماید.

(d) رادیولوژیست بایستی مشاهدات و یافته های خود را که از فیلم تهیه شده در قسمت گزارش بصورت نظریه

نوشته و مهر و امضاء نماید.

(e) جنس بیمار و نوع پذیرش وی و اینکه آیا بیمار رادیوگرافی قبلی هم داشته است یا خیر توسط منشی بخش

بایستی ثبت گردد.

۴-۶-۲۰ برگ الصاق گزارش آزمایشگاهی

(a) ثبت مشخصات فردی بیمار الزامی است.

(b) گزارشات مربوط به آزمایشات بیمار بایستی به ترتیب تاریخ درخواست آزمایش توسط منشی بخش از

پایین به بالا بر روی این برگ چسبانده شود.

۴-۶-۲۱ برگ الصاق الکترو کاردیوگرام

(a) ثبت مشخصات فردی بیمار الزامی است.

(b) نوار قلب بیمار بر روی این برگ چسبانده می شود.

(C) کاردیولوژیست می بایست در سطر تفسیر، ضایعه و محل آن را که در نوار مشخص شده معین نماید و تشخیص را به همراه تاریخ مهر و امضاء خود ثبت نماید.

۴-۶-۲۲ برگ جذب و دفع مایعات

- (a) ثبت مشخصات فردی بیمار الزامی است.
- (b) پرستار می بایست پس از تشخیص پزشک مبنی بر کنترل دقیق جذب و دفع بیمار، نسبت به تکمیل این فرم اقدام نماید و در صورت مشاهده هر گونه اختلاف غیر معمولی (برخلاف مقادیر طبیعی) موارد را به اطلاع برساند.
- (c) ثبت تاریخ و ساعت گزارش در ستون مربوطه الزامی است.

۴-۷ نکاتی ضروری در ثبت دقیق و صحیح

- نام خانوادگی، ساعت، تاریخ، امضا و بستن با خط کشیدن زیر گزارش (پس از ثبت هر گزارش)
- خوانا و مرتب، سریع و موثر (بدون کلمات اضافی)
- استفاده از خودکار آبی و مشکی (مداد استفاده نشود)
- ثبت ساعت بصورت کامپیوتری
- استفاده از چارتهای گرافیکی برای ثبت علائم حیاتی
- ثبت مشخصات بیمار در هر برگ
- ذکر علت عدم اجرای دستور پزشک

- ثبت صحیح دارو (نام، دوز، راه تجویز، تاریخ و ساعت، نام دهنده دارو)

- در صورت وجود اشتباه خط کشیدن روی آن به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد و بعد نوشتن مورد

صحیح

- عدم استفاده از لاک یا پاک کردن

- عدم ثبت قبل از انجام کار

۴-۸ دستورالعمل کنترل پرونده های بیماران ترخیص شده قبل از ارجاع پرونده به حسابداری

- ثبت مشخصات فردی بیماران در کلیه اوراق پرونده پزشکی بیمار توسط منشی بخش کنترل گردد.
- مسئولیت ثبت هر خدمت در برگ مورد نظر بعهدہ ارائه کننده آن خدمت می باشد.
- پرونده بیماران بخش های جراحی / داخلی به مهر و امضاء پزشک معالج جراح / پزشک معالج ممهور شده باشد.
- پرونده بیماران جراحی دارای مهر و امضاء پزشک بیهوشی باشد.
- پرونده بیماران از نظر نسخ دارویی کامل باشد.
- در پرونده بیماران بخشهای جراحی ، Kجراحی درج شده باشد.
- در پرونده بیمار ، تشخیص بیماری و اقدامات انجام شده و اعمال جراحی بر روی برگ پذیرش ثبت شده باشد.
- در پرونده بیمار بستری یا اتاق عمل سرپایی ، کارت دستور بستری یا کارت انجام اعمال سرپایی ممهور به مهر پزشک وجود داشته باشد.
- در صورت بیمه بودن بیمار ، در پرونده وی کپی صفحه اول دفترچه بیمه بیمار وجود داشته باشد.
- در پرونده بیمار بستری یا اتاق عمل سرپایی دارای دفترچه بیمه ، دستور بستری یا انجام عمل سرپایی بر روی یک برگ از دفترچه بیمار نوشته شده و به مهر پزشک ممهور شده باشد.

- در پرونده بیماران در صورت داشتن هر اقدامی مانند نوار قلب، نوار مغز، رادیوگرافی، سونوگرافی، اکو، تست ورزش، تست تنفسی، آندوسکوپی، دیالیزو حتما دستور انجام اقدام و گزارش اقدام شده با مهر و امضاء پزشک انجام دهنده وجود داشته باشد.
- در صورت گذاشتن پیس میکر (دائم یا موقت) برای بیمار، گواهی پزشک معالج مبنی بر کار گذاری پیس میکر وجود داشته باشد.
- در صورت بیمه بودن بیمار، معرفی نامه صادر شده برای وی کنترل و در صورت وجود هرگونه نقصی همراه بیمار به نماینده بیمه مستقر در بیمارستان جهت رفع نقص ارجاع داده شود.
- در صورت بیمه بودن بیمار، نوع بیمه، شماره بیمه ثبت شده بر روی برگ پذیرش و همچنین معرفی نامه صادر شده برای وی و همچنین تطابق آنها باهم کنترل شود.
- مدارک مستند مبنی بر انجام آزمایشات و تست های تشخیصی (مانند درخواست آزمایشات و جواب آزمایشات) در پرونده بیمار وجود داشته باشد.
- پیش بینی زمانبندی برای پزشکان جهت ترخیص بیماران از بخش انجام شده و بر مبنای آن، برگه هایی که باید هنگام ترخیص بیماران تکمیل شوند را برای ثبت مستندات آماده نموده و برگه های مذکور را پس از ثبت توسط افراد مسئول، به لحاظ مهر و امضاء کنترل نمایید.
- در صورت اقامت بیماران بیش از یک هفته (خصوصاً در بخشهای مراقبت ویژه) حسابداری را مطلع فرمایید.
- بیان اجزای عوامل موثر و اجزای راهکارهای پیشنهادی جهت ارتقاء کیفیت

۹-۴ مستندسازی در پرونده های پزشکی بر اساس پژوهش های صورت گرفته

با در نظر گرفتن این مهم که مستندسازی صحیح، پرونده پزشکی را به یک ابزار اولیه برای ارزشیابی عملکرد ها و مراقبتهای بهداشتی درمانی تبدیل می کند. بیمارستانها باید درصدد شناخت عوامل موثر بر افزایش کیفیت مستندسازی

در جهت ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی درمانی برآیند. در این خصوص می توان به نتایج تحقیقات صورت گرفته در دانشگاه علوم پزشکی کاشان (نمونه مورد مطالعه مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستانهای کاشان در سال ۸۷ به تعداد ۳۱۱ نفر) اشاره نمود. بر اساس نتایج این مطالعه، اجزای عوامل موثر بر کیفیت مستندسازی پرونده ها به شرح زیر می باشد:

آگاهی و نگرش

➤ آگاهی مستندسازان نسبت به اهمیت ثبت اطلاعات

➤ آگاهی پزشکان از واژه ها و اطلاعات علمی و استاندارد ها

➤ آموزش نحوه تکمیل اوراق پرونده به مستندسازان

رویه ها و استانداردها

➤ وجود فرصت کافی برای تکمیل اطلاعات پرونده بیمار توسط کادر پزشکی

➤ ارسال به موقع گزارشات آزمایشگاهی قبل از ترخیص بیمار به بخش بستری

➤ نوع مندرجات و اطلاعات درخواست شده در فرمهای مدارک پزشکی

➤ وجود بخشنامه و دستورالعمل از مقام بالاتر در زمینه تکمیل اطلاعات

➤ استفاده از سیستم های رایانه ای مثل HIS

پیگیری و نظارت

➤ نظارت اتنها بر کار کارورزان و دستیاران برای ثبت اطلاعات پرونده

➤ عملکردهای نظارتی از سوی بیمارستان بر تکمیل اطلاعات پرونده

➤ بررسی کامل بودن اطلاعات در ایستگاه پرستاری و همزمان با حضور بیمار در بخش بستری

➤ مورد سوال قرار گرفتن مستند سازان در قبال عدم تکمیل پرونده ها

➤ دخیل بودن کیفیت ثبت مستندسازان در ارتقای شغلی، حقوق و مزایای آنها

➤ تاثیر کیفیت ثبت مستندسازان در ارزیابی عملکرد آنها.

اجزای راهکارهای پیشنهادی برای افزایش کیفیت مستندسازی پرونده پزشکی به شرح زیر می باشد:

راهکار های مربوط به آگاهی و نگرش:

❖ برگزاری دوره ها آموزشی برای دانشجویان پزشکی وسایر کادر درمانی و آگاه نمودن آنها نسبت به اهمیت

اطلاعات مدارک پزشکی

❖ تدوین دستورالعملها و خط مشی هایی برای تکمیل اوراق پرونده پزشکی از طرف کمیته مدارک پزشکی

بیمارستان و ابلاغ آن به مستندسازان پرونده ها

❖ برگزاری کارگاه های اصول تشخیص نویسی مستند سازان و آشنایی با مدارک پزشکی برای پزشکان و سایر

مستندسازان

راهکار های مربوط به قسمت رویه ها و استانداردها:

❖ تجدید نظر در محتوای و مندرجات فرم های مورد استفاده پرونده.

❖ برنامه ریزی واتخاذ تدابیری برای ارسال به موقع گزارشهای آزمایشگاهی به بخش مربوطه.

❖ تأیید اتند در مورد مندرجات پرونده هایی که کارورزان و دستیاران تکمیل نموده اند

❖ اقدام برای مکانیزه کردن سیستم تبادل اطلاعات بیمارستانی.

راهکارهای مربوط به قسمت پیگیری و نظارت:

❖ ارزیابی کارورزان و دستیاران در پایان هر دوره آموزشی بر اساس کیفیت مستندات آنها.

❖ نظارت مسئولین بیمارستانها بر نحوه تکمیل پرونده.

❖ تشویق و تنبیه مستندسازان بر اساس کیفیت مستندات آنها.

❖ ارزیابی عملکرد مستند سازان بر اساس کیفیت مستندات آنها.

نتایج حاصله از پژوهش نشان می دهد عامل آگاهی و نگرش بیشترین امتیاز و تاثیر را بر افزایش کیفیت مستندات دارد و بعد از آن عوامل پیگیری و نظارت و نهایتاً عوامل رویه و استاندارد ها در رتبه های بعدی قرار می گیرند.

در مورد راهکارهای ارائه شده، راهکارهای پیشنهادی در زمینه پیگیری نظارت بیشترین تاثیر و راهکارهای مربوط به رویه ها و استانداردها کمترین تاثیر را داشته است. بنابراین با توجه به اثر بخشی عامل آگاهی و نگرش باید اقداماتی در راستای برگزاری دوره های آموزش برای کادر درمانی برای آموزش مستندسازی و تاکید بر عوامل تشویقی و تنبیهی و ارزیابی مستندسازان براساس مستنداتشان و مکانیزه نمودن اطلاعات بهداشتی صورت گیرد.

۵- دیدگاه حقوقی

همانطور که مستحضرید ارزش و اهمیت اوراق پزشکی در قضاوت های قانونی بسیار حائز اهمیت است. بسیار اتفاق می افتد که بیمارستان، پزشک، پرستار و دیگر اعضاء سازمان از سوی بیمار یا بستگان وی به سهل انگاری در معالجه یا سوء قصد متهم می شوند و گاهی طرف اتهام شاکی شخص یا اشخاصی به غیر از افراد شاغل در بیمارستان هستند که بخاطر بروز حوادثی از قبیل تصادف، تجاوز، منازعه یا سوء قصد بجان محاکمه می گردند. در هر حالت رجوع به پرونده بیمارستانی یا اورژانسی مصدوم یا مقتول، در کشف حقایق مطلوب کمک فراوانی خواهد نمود. گاهی نیز سازمانهایی از جمله بیمه برای رفع مشکلات حقوقی خود ملزم به استفاده از اوراق پزشکی بیمار یا مصدوم بیمه شده می شوند که در همه موارد یاد شده، نقش پرونده پزشکی با مستند سازی مناسب و صحیح جهت آسان کردن داوری ها اساسی و چشمگیر است.

مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی و قصور پزشکی، بر این نظر هستند که :

« آنچه در پرونده ثبت نشده؛ یعنی انجام نشده است »

نمونه ای از قوانین حقوقی:

✓ ماده ۶۱۹ فصل ۲۵ اوراق و تخریب:

هر کس دفاتر یا اسناد دولتی را بسوزاند و یا بهر نحوی تلف یا تخریب کند به حبس از ۲ تا ۲۱ سال محکوم می شود.

✓ ماده ۶۴۱ از فصل ۲۱، قسم، شهادت دروغ و افشاء سر:

پزشکان، جراحان، ماماها، داروسازان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل و حرفه خود محرم اسرار می شوند، هرگاه در

غیر از موارد قانونی اسرار مردم را فاش کنند به سه ماه تا یکسال حبس و جزای نقدی محکوم می شوند.

✓ ماده ۲۱:

هرگاه طبیب قبل از شروع درمان از مریض یا ولی او براءت حاصل کند عهده دار خسارت پدید آمده نخواهد بود.

۶- اصول مستندسازی

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری/سرپایی) به شرح ذیل می باشد:

- ۱- کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.
 - ۲- از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.
 - ۳- اطلاعات سر برگ فرم های (شامل نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و)...بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
 - ۴- کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تأیید و تصدیق گردد.
 - ۵- در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.
 - ۶- مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند . بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد، خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود.
- تبصره: جوهر ها باید دارای ثبات باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند)

۷- مستندات و ثبیتات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات،

گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

۸- در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده

بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

۹- مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود.

تبصره: در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن، بایستی در صورت معلوم شدن بلافاصله

به عنوان یادداشت های تاخیری (late entry) به پرونده بیمار اضافه گردیده و با ثبت تاریخ و ساعت

و هویت مستند ساز تکمیل گردد.

۱۰- کلیه مستندات بایستی واضح، مداوم و پیوسته باشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح،

نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

تبصره ۱: اگر ثبیتات قابل خواندن نیستند، ثبت کننده از ابتدا ثبیتات را در سطر بعدی تکرار کند و

توضیح دهد، چرا نوشته فوق را مجدداً تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است.

اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، باید دقیقاً مشابه اولی باشد و حتماً تاریخ و امضاء

داشته باشند.

تبصره ۲: انسجام موارد ثبت شده الزامی است بطوری که در پرونده های دستی، موارد ثبت شده باید

بلافاصله در سطر یا فضای موجود بعدی، مستند شوند و تمام خطوط باید بترتیب پر شوند. هیچ

فاصله خالی یا قابل استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند.

۱۱- اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده

نگردد. ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته

شود: اصلاح شد و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

۱۲- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات

ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با

کس دیگری در میان گذاشته شود.

۱۳- از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود.

۱۴- هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی

مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP^۱ مستند گردد.

۱۵- اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده

موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده

پاراف گردد. اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است نیز باید توسط پزشک درخواست کننده

بررسی گردد. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری

ثبت گردد.

۱۶- در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و

در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده

پزشکی قید گردد.

۱۷- کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی 24 ساعت بعد از

دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

¹ Subjective & objective-assessment -plan

۷- خطاهای شایع در مستندسازی

جدا از مشکلات مربوط به ساختار و محتوای فرم های پرونده های پزشکی در کشور، یکی از مشکلات عمده در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، ثبت ناقص اطلاعات است. با وجود اهمیت زیاد مستندات پرونده های پزشکی، به کرات مشاهده می شود که فرم های مهم پرونده پزشکی مثل خلاصه پرونده، شرح حال، سیر بیماری و ... به صورت ناقص تکمیل شده اند. ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی (ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، ازکارافتادگی...) ایجاد می کند. همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها، مثل: افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان (زیرا از نظر قانونی چیزی که در پرونده ثبت نشده باشد یعنی انجام نشده است)، ایجاد می کند. به علاوه این پرونده ها برای تحقیقات پزشکی و آموزش نیز مناسب نمی باشند.

مشکل دیگر مربوط به ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات است. با توجه به این نکته که متاسفانه هنوز در کشور ساختار اصلی پرونده های پزشکی را فرم های کاغذی تشکیل می دهند، ناخوانایی مستندات (بد خطی، استفاده از جوهر نامناسب، ریز بودن مستندات و غیره) یکی از مشکلات عمده است. در فرم های کاغذی، به خاطر دست نویس بودن مستندات، خوانایی مستندات از اهمیت زیادی برخوردار می باشد.

بررسی های مختلف در دنیا نشان داده که یکی از دلایل خطاهای پزشکی (بخصوص خطاهای دارویی) به خاطر ناخوانایی مستندات پرونده است، زیرا مستندات ناخوانا باعث برداشت غلط از اطلاعات می شود. در ایران ناخوانایی مستندات یکی از مشکلات بزرگ مستندسازی پرونده های پزشکی است. موارد متعددی دیده شده که کارکنان تازه وارد

در بیمارستان (مثل پرستاران) قادر به خواندن دست خط برخی از پزشکان یا سایر همکاران خود نیستند، یا در مورد بیماران اعزام شده به مراکز دیگر نیز همین مشکل وجود دارد. در خصوص پیگیری درمان هم ناخوانایی مستندات مشکلاتی را برای بیمار ایجاد می کند.

مشکل سوم مربوط به استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی است. طبق اصول مستندسازی باید استفاده از اختصارات (به خصوص در مورد تشخیصها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که همه کاردر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیر مصوب می کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می شود.

علاوه بر مشکلات فوق مشکلات دیگری نیز در مستندسازی فرم ها وجود دارد، مشکلاتی نظیر استفاده از اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی، مستندسازی جابجای اطلاعات (ثبت جابه جای اطلاعات در کادر مربوطه در فرم های پرونده)، استفاده از مداد یا کاربن برای ثبت اطلاعات و ... نیز وجود دارد، به طور کلی اشتباهات را می توان به چند دسته زیر طبقه بندی کرد.

۷-۱ دسته بندی کلی اشتباهات

- **از قلم افتادگی:** در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجرای کار قصور و یا تلاش کرده اید که مدرک مخفی باشد.
- **ثبت مبهم**
- **تأخیر در ثبت:** اگر مجبور به تأخیر در ثبت هستید آنرا مشخص کرده و زمان آن را ثبت کنید. زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید.

■ تصحیح نامناسب

- **ثبت غیرمجاز:** فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید. اقدامات سایرین را ثبت نکنید.
- **اختصارات مبهم یا نادرست:** فقط از اصطلاحات مطابق با «کمسیون مشترک اعتبارگذاری سازمانهای مراقبتی» و سازمان خودتان برای ثبت گزارشات استفاده کنید.
- **ناخوانی و فقدان وضوح:** طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند.

7-2 سایر اشتباهات شایع

- قصور در ثبت اطلاعات وضعیت سلامت بیمار
- قصور در ثبت داروهای داده شده به بیمار
- قصور در ثبت اعمال پرستاری
- قصور در ثبت عکس العمل های دارویی
- قصور در ثبت تغییر وضعیت بیمار
- ثبت اشتباه روی پرونده بیمار

۷-۳ آیتمهای ناقص برخی از اوراق:

برگ پذیرش

نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
کامل نبودن	مشخصات هویتی بیمار - مشخصات کلینیکی بیمار - مهر و امضای متصدی پذیرش	متصدی پذیرش
نوشته نشدن	نتایج آزمایشات و عکسبرداری ها - تشخیص ها (اولیه - حین درمان - نهایی) - اعمال جراحی و وضعیت بیمار هنگام ترخیص - توصیه های پس از ترخیص - مهر و امضاء پزشک و رزیدنت	پزشک معالج و رزیدنت
نوشته نشدن	داشتن یا نداشتن مشاور تعداد آنها - تعداد روز بستری - مهر و امضای سرپرستار	پرستار و سرپرستار
غیر اصولی بودن نحوه اخذ رضایت نامه ها	توجیه نبودن بیماران - اخذ مرخصی به اشتباه توسط متصدیان پذیرش بدون توجیه بیمار	پزشک معالج
کامل نبودن	مندرجات رضایت نامه های اعمال جراحی و استفاده از اطلاعات	متصدی پذیرش و پزشک معالج

برگ خلاصه پرونده

تکمیل کننده	آیتمهای ناقص	نوع نقص
پزشک معالج	تکمیل برگ خلاصه پرونده توسط متخصص بیهوشی به جای پزشک معالج	غیر اصولی بودن یا عدم صلاحیت تکمیل کننده مندرجات فرم
پزشک معالج	شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه - تشخیص نهایی - نتایج آزمایشات - سیر بیماری - وضعیت بیمار هنگام ترخیص - توصیه های پس از ترخیص - نام و امضای پزشک	نوشته نشدن مندرجات فرم
پزشک معالج	توصیه های پس از ترخیص	عدم ثبت
پزشک معالج	مشخصات هویتی - تشخیص نهایی - وضعیت بیمار هنگام ترخیص	بدخطی و ثبت ناقص مندرجات فرم

شرح حال

نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
ثبت ناقص	مشخصات هویتی و کلینیکی بیمار (در سربرگ)	منشی بخش
بدخطی و ثبت ناقص مندرجات فرم	کلیه مندرجات و نتایج معاینات (دورو و پشت برگ) از جمله شکایت اصلی بیمار - تاریخچه بیماری فعلی و قلبی - داروهای در حال مصرف - حساسیتها - سوابق فامیلی و معاینات بدنی و بررسی های بالینی	پزشک معالج

سیر بیماری

نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	مشخصات هویتی بیمار و شماره پرونده (سربرگ)	منشی بخش
عدم ثبت	تاریخ معاینه - پیشرفت معالجات	پزشک معالج

گزارش عمل جراحی

نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	شماره پرونده	منشی بخش
عدم ثبت	تاریخ عمل - زمان شروع و خاتمه عمل - نوع عمل - شمارش گازها	پرستار اتاق عمل
ثبت ناقص مندرجات فرم	تشخیصی ها - شرح عمل - اخذ نمونه شده یا خیر؟ دستورات بعد از عمل	جراح
اصطلاحات غیر استاندارد و اختصارات غیر مصطلح	تشخیص قبل از عمل و نوع عمل جراحی یکی می باشد	جراح
پثبت ناقص و بدخطی مندرجات فرم	شرح عمل و مشاهدات - نوع عمل جراحی - مشخصات هویتی	پزشک معالج - منشی بخش

به طور کلی بسیار مشاهده می شود که پرونده ها به دلیل مسایل و مشکلات زیر جهت اصلاح عودت داده می شوند و یا بعدا مستندسازان آنها دچار مشکلات قانونی می گردند:

■ تشخیص نهایی و نوع عمل جراحی در پرونده ها ثبت نمی گردد و یا توسط منشی بخشها در برگه پذیرش ثبت می شود.

■ یا در صورت ثبت، تشخیص نهایی نوشته شده منطبق بر نیازهای ICD جهت کدگذاری پرونده نمی باشد.

■ برگه پذیرش فاقد مهر اتندینگ می باشد و یا به جای مهر اتندینگ پرونده ممهور به مهر رزیدنت است.

■ در اکثر موارد نوشته های ثبت شده بر روی اوراق فاقد امضاء مهر پزشک و تاریخ و ساعت می باشد.

■ در برگه خلاصه پرونده : تشخیص نهایی - اقدامات درمانی - اعمال جراحی - مهر استاد ثبت نشده است.

■ برگ شرح حال بیمار یا به صورت کامل ثبت نشده یا اصلا در پرونده موجود نمی باشد.

■ در برگه بیهوشی : نوع بیهوشی - مهر پزشک بیهوشی دهنده و سایر اطلاعات برگ بیهوشی ناقص می باشد.

■ برگ مراقبت قبل و بعد از عمل جراحی در بیشتر موارد تکمیل نمی شود.

■ در اکثر موارد جواب رادیوگرافی آزمایشات و سایر اقدامات درخواست شده در پرونده موجود نمی باشد.

■ به خاطر داشته باشیم که :

در مسائل قانونی یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است و جهل به قانون نیز رفع مسئولیت نمی کند.

۴-۷ رفع نقص پرونده پزشکی

- در بخش مدارک پزشکی ، پرونده پس از بررسی کمی و کیفی ، در صورت ناقص بودن ، باید مستند ساز را از طریق فکس، ایمیل، یا اطلاع الکترونیکی از نقص پرونده پزشکی آگاه کند. مستند ساز موظف است طی 14 روز از تاریخ دریافت نقص نسبت به رفع نقص مراجعه کند.
- الصاق فرم رفع نقص (که حاوی نام و شماره پرونده بیمار و عناصر ناقص پرونده و تاریخ ارجاع به بخش درمانی می باشد) ضروری است.
- چنانچه پرونده ظرف 14 روز رفع نقص نشد، ابتدا بصورت شفاهی اخطار داده می شود و در صورت تکرار مسئول مدارک پزشکی می تواند از مدیریت، درخواست تذکر کتبی بکند.

۸) مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه مستندسازی

۸-۱ میزان آگاهی و عملکرد دستیاران و دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به مستند سازی مراقبت های ارایه شده به بیمار از دیدگاه پزشکی قانونی

چکیده زمینه و هدف: از جمله عواملی که در طرح دعاوی، پزشک نتوانسته از خود دفاع کند، عدم تکمیل پرونده بیمار بوده است. با توجه به حوزه اختیارات پزشکی قانونی هر شهرستان و اهمیت مستندسازی جهت حمایت از حقوق پزشکان، وضعیت آگاهی و عملکرد دانشجویان و دستیاران پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، وضعیت آگاهی و عملکرد ۱۳۴ دانشجو و دستیار پزشکی نسبت به اصول مستندسازی مراقبت‌های ارایه شده، مورد بررسی قرار گرفت. ابزار اندازه‌گیری یک پرسشنامه ۱۲۲ سؤالی مربوط به آگاهی و یک چک لیست مربوط به عملکرد بود که پس از تأیید اعتبار و روایی آن مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه با دستیاران و مطالعه پرونده‌های پزشکی بیماران جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۴۰٪ دستیاران از جنبه‌های قانونی مستندسازی اطلاع داشتند. ۲/۲۵٪ از نحوه کاربرد اختصارات در ثبت تشخیص نهایی و اعمال جراحی اطلاع داشتند. ۲/۱۴٪ آنان می‌دانستند سقف مدت زمان تأیید دستورات شفاهی چند ساعت است. بین میزان آگاهی و دوره آموزشی رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. ($p < 0/05$) تنها ۱۰٪ پرونده بیمار را خوب تکمیل می‌کردند. اکثر جامعه پژوهش، گرایش به ثبت اطلاعات بالینی داشته و نسبت به سایر اطلاعاتی که در مراجع قانونی حایز اهمیت است کمتر توجه داشتند. بین وضعیت عملکرد، دوره آموزشی و آگاهی رابطه معنی‌داری مشاهده گردید. ($p < 0/05$)

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه ضروری است در فرایند آموزشی بالینی مواردی از قبیل هماهنگی بین دروس تئوری و عملی، تأکید بر جنبه‌های قانونی پزشکی، بررسی کمی و کیفی گزارش صبحگاهی و نظارت دقیق اساتید و پزشکان معالج بر فرآیند مستندسازی پرونده پزشکی و بازخورد آن به دانشجویان و دستیاران مد نظر قرار گیرد.

۸-۲ تاثیر آموزش بر میزان تکمیل بودن پرونده‌های پزشکی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بجنورد در سال ۱۳۸۸

زمینه و هدف: پرونده پزشکی حاوی مطالب مهم و اساسی درباره مراقبت از بیمار در یک مرکز بهداشتی و درمانی است و شامل اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار، تشخیص یا دلیل انجام مراقبت بهداشتی، توجیه درمان و ثبت صحیح نتایج می‌باشد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی بود، که با تکمیل ۹ چک لیست ۳ گزینه‌ی به بررسی کمی ۹ برگ اصلی پرونده پزشکی بیماران ترخیص شده از بیمارستانهای دانشگاهی شهرستان بجنورد در سال ۸۸ در دو نوبت قبل از آموزش و ۵ ماه بعد از آموزش پرداخت. آموزش بصورت برگزاری دو دوره آموزشی با عنوان اصول صحیح مستند سازی جهت پزشکان و گروه مستند ساز (گروه پرستاری و پیرا پزشکی) انجام گرفت و ۳۵۵ پرونده با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده و با توجه به تعداد بیمار بستری از هریک از بیمارستانهای مورد نظر انتخاب گردید. داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS 15 و با استفاده از آزمونهای تی زوجی ، آنالیز واریانس یک طرفه ، مک نمار و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین وضعیت پرونده‌های پزشکی قبل و بعد از آموزش در ۹ برگ اصلی پرونده پزشکی، افزایش داشته و اختلاف معنی داری ملاحظه شد ($P < 0.001$)، بجز برگ آزمایش که میانگین قبل و بعد اختلاف معنی داری را نشان نداد. میزان تکمیل بودن پرونده قبل از آموزش ۷۵٪ و بعد از آموزش ۷۹٪ محاسبه گردید. در ارزیابی ۹ برگ مورد بررسی بیشترین درصد تکمیل پرونده قبل از آموزش (۹۰/۴۵٪) و بعد از آموزش (۹۳/۵۵٪) مربوط به برگ گزارش دستورات پزشک بود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش تاثیر مثبتی بر میزان تکمیل بودن پرونده پزشکی دارد و کلیه مراکز نیاز به آموزش در زمینه بالا بردن کیفیت مستند سازی پرونده‌های پزشکی بصورت منظم و مستمر دارند.

۳-۸ اصول مستندسازی خدمات بهداشتی درمانی

مقدمه: در عصر کنونی که آن را عصر اطلاعات می‌نامند، نقش و اهمیت پرونده بیمار بر هیچکس پوشیده نیست. مستندات موجود در پرونده پزشکی بیمار توسط سه گروه اصلی پزشک، پرستار و متصدی پذیرش انجام گردیده که در این بین نقش پزشکان بسیار پررنگتر از سایر گروه‌ها می‌باشد.

مواد و روشها: پژوهش حاضر بصورت مروری و با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و شنیداری به انجام رسیده است.

محتوی: سه ویژگی اصلی هر ثبت عبارتست از: کامل بودن، دقیق بودن و به روز بودن. برای اینکه هر ثبتی قابلیت استناد پیدا نماید باید علاوه بر سه ویژگی فوق، دارای تایید و تاریخ نیز باشد. در بین اوراقی که پزشکان مستند می‌نمایند، برگ شرح حال و معاینات فیزیکی از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار می‌باشد. تشخیص‌های اولیه و طرح درمان بر اساس یافته‌های مستند شده این برگ حاصل میگردد. اهمیت این برگ در بیمارستانهای آموزشی - درمانی دوچندان میشود. در حال حاضر یکی از مشکلات موجود در پرونده‌های بیماران عدم مستندسازی یا مستندسازی ناقص اوراق می‌باشد.

نتیجه گیری: داشتن دستورالعمل و آیین نامه‌های مکتوب در زمینه مستندسازی، آگاه سازی کادر درمان و پیگیری بخش مدارک پزشکی از عوامل مهم در بهبود فرایند مستندسازی مراقبتهای بهداشتی درمانی است.

۹ منابع

- ۱) مهرزاد باقری، *General Guidelines for Recording*، گروه مدیریت و آموزش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۸
- ۲) ماسوری نیلوفر، اصول مستند سازی پرونده های پزشکی تابستان ۱۳۸۴
- ۳) مهتاب کرمی، لیال شگری زاده آرانی: گروه مدارک پزشکی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان. «عوامل موثر بر کیفیت مستندسازی پرونده های پزشکی : راهکارهای مدیران و پزشکان شاغل در بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی کاشان»، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / زمستان ۱۳۸۸
- ۴) فرزندی پورمهرداد، ربیعی رضا، آیت الهی هاله، رنگرز جدی فاطمه، اصول مستند سازی اطلاعات بهداشتی درمانی: تألیف، ۱۳۸۴
- ۵) عباسی ، مهری . گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری . تهران : نشر سالم . چاپ اول . ۱۳۷۹.

- ۶) نسرین توکلی، گیتی زعفری. اصول گزارش نویسی در پرستاری، چاپ ۱۳۹۱
- ۷) کاهویی، صدوقی، *and* عسکری مجدآبادی. "میزان آگاهی و عملکرد دستیاران و دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به مستند سازی مراقبت های ارائه شده به بیمار از دیدگاه پزشکی قانونی." *مجله پزشکی قانونی ایران* ۱۳،۲ (۲۰۰۷): ۹۲-۹۷.
- ۸) معصومه ارزمانی، تقی دولت آبادی، *and* میترا هاشمی. "تاثیر آموزش بر میزان تکمیل بودن پرونده‌های پزشکی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهرستان بجنورد در سال ۱۳۸۸." *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی* ۳،۱ (۲۰۱۳).
- ۹) صادقی. "اصول مستندسازی خدمات بهداشتی درمانی." *مجله دانشکده پیراپزشکی علوم پزشکی ارتش-تابستان و پاییز ۸۶* (۲۰۱۰).

۱۰) *Potter, PA., Perry, AG. (2010). Canadian fundamentals of nursing. Toronto, ON: Elsevier Canada*

۱۱) Blair, W., & Smith, B. (2012). *Nursing documentation: Frameworks and barriers*. *Contemporary Nurse*, 41(2), 160-168

۱۲) Scott, R.W. (2006). *Legal Aspects of Documenting Patient Care for Rehabilitation Professionals*(3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

۱۳) Katie Morales. *17 Tips to Improve Your Nursing Documentation*, 2012