



مرکز آموزشی درمانی آیت اله کاشانی شهرکرد

رعایت استاندارد ها در مستند سازی پرونده های پزشکی
و مباحث حقوقی در پرستاری

تهیه کنندگان:

صدیقه سلیمانی (سوپروایزر)

نرگس جعفری (کارشناس ارشد پرستاری)

لیلی ریاحی (کارشناس پرستاری)

حمیدرضا هیاریان (سر پرستار)

وحید طاهریان (کارشناس مدارک پزشکی)

لیلا عبدالهی (کارشناس پرستاری)

زیر نظر آموزش واحد آموزشی

مهر ۹۹

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳	مقدمه
۴	مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی
۶	اصول کلی مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی
۹	مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده های پزشکی
۹	۱- فرم پذیرش و خلاصه ترخیص
	۱- فرم کاغذی
	۲- فرم الکترونیک
۱۵	۲- فرم خلاصه پرونده
۱۶	۳- فرم شرح حال و معاینات بدنی
۲۱	۴- فرم سیر بیماری
۲۲	۵- فرم درخواست مشاوره
۲۳	۶- فرم مراقبت قبل از عمل
۲۴	۷- فرم بیهوشی
۲۵	۸- فرم بیهوشی گزارش عمل جراحی
۲۷	۹- فرم مراقبت بعد از عمل
۲۷	۱۰- فرم دستورات پزشک
۲۸	۱۱- فرم گزارش پرستار
۳۲	چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی
۳۳	دستورالعمل مستند سازی پرونده پزشکی

در سازمان‌های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین، غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می‌باشد. پرونده پزشکی بیمار مهمترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است و بیانگر کلیه اطلاعات مربوط به تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری‌ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص‌ها، آزمایشات، معاینات، روش‌های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و ... می باشد. در مجموع می‌توان کاربردهای پرونده‌های پزشکی را بصورت 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 می باشند
- 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
- پشتیبانی 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)

پرونده پزشکی بیمار زمانی می‌تواند پاسخ‌گوی 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 نوشته‌ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط تکمیل‌کنندگان فرم‌های مدارک پزشکی (مستندسازان) ثبت می‌شود. تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم‌های مدارک پزشکی، می‌توان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد. بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه‌ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است.

با توجه به اهمیت مستندسازی فرم‌های مدارک پزشکی، در سال‌های گذشته برخی از دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها بصورت پراکنده، اقدام به تهیه مطالبی در این خصوص نموده بودند اما یک دستورالعمل جامع در این خصوص در کشور وجود نداشت. بنابراین با هدف کمک به استانداردسازی فرایند مستندسازی پرونده‌های پزشکی در کشور، این دستورالعمل تهیه شده است. در این دستورالعمل به مستندسازی فرم‌های مهم پرونده‌های پزشکی که دارای اهمیت درمانی، قانونی و تحقیقاتی بیشتری هستند، اشاره می‌شود.

مشکلات بیمارستان‌های کشور در خصوص مستندسازی فرم‌های پرونده‌های پزشکی:

جدا از مشکلات مربوط به ساختار و محتوای فرم‌های پرونده‌های پزشکی در کشور، یکی از مشکلات عمده در خصوص مستندسازی فرم‌های پرونده‌های پزشکی، ثبت ناقص اطلاعات است. با وجود اهمیت زیاد مستندات پرونده‌های پزشکی، به کرات مشاهده می‌شود که فرم‌های مهم پرونده‌های پزشکی مثل خلاصه پرونده، شرح حال، سیر بیماری و ... به صورت ناقص تکمیل شده‌اند. ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی (ارجاع پرونده‌ها به پزشکی قانونی، بیمه‌های تکمیلی، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و ...) ایجاد می‌کند. همچنین

ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها، مثل افزایش کسورات بیمارستانی، خطا های 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 مستند سازی نادرست اطلاعات است. با توجه به این نکته که متأسفانه 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 مستند سازی 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 مستند سازی باید استفاده از اختصارات (به خصوص در مورد تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد، و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که همه کادر درمانی درک

مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیر مصوب می‌کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می‌شود.

علاوه بر مشکلات فوق مشکلات دیگری نیز در مستند سازی فرم‌ها وجود دارد، مشکلاتی نظیر استفاده از اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص‌ها و اعمال جراحی، مستند سازی جابجای اطلاعات (ثبت جابه جای اطلاعات در کادر مربوطه در فرم‌های پرونده)، استفاده از مداد یا کاربن برای ثبت اطلاعات و ... نیز وجود دارد.

اصول کلی مستند سازی فرم‌های پرونده‌های پزشکی:

به طور کلی در مستند سازی فرم‌های پرونده‌های پزشکی، مستندسازان باید اصول کلی مستند سازی را رعایت کنند. رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است. گروه مستند سازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

الف) مسئولین پذیرش بیمار(ثبت اطلاعات دموگرافیکی)

ب) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)

پ) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت‌های پرستاری)

ت) سایر گروه‌های مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و ...).

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

۱- کلیه فرم‌های 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 فرم‌های (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 ۱-۶) 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،

گمان‌ها و گفته‌های 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 ساز بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود .

❖ تبصره ۱-۹) در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن بایستی در صورت معلوم شدن

بلافاصله به عنوان یادداشت‌های 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 ۱۰ - 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 تأکید 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 ۱۰ - 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 (Error) 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^۱ بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP^۲ مستند گردد.

۱۵- اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتماً 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.

¹ Problem list

² Subjective & objective-assessment-plan

۱۳- در پرونده بیمار باید حساسیت‌ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت‌ها و واکنش‌ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

۱۴- کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

مستند سازی تخصصی فرم‌های مهم پرونده‌های پزشکی:

۱- فرم پذیرش و خلاصه ترخیص

الف) فرم کاغذی

موارد موبوط به متصدی پذیرش:

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، و احراز هویت - قسمت ۲ بند ۵ برای اورژانسی

۴- آدرس و تلفن بیمار و همراه وی، بصورت کامل و دقیق ثبت گردد. توصیه می گردد 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، می تواند 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.

۷- 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 می گذارد 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، بیمارستانها باید دارای فرمهای جداگانه برای اخذ رضایت نامهها باشند و وظیفه اخذ آنها نیز بر عهده پزشک معالج است.

موارد مربوط به پزشک معالج:

۸- 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.

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

۱۰- تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی (Main Condition) و بیماری های همراه (comorbidity) و سایر عوارض (Complicatin) می باشد.

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

- Anemia due to blood from chronic gastric ulcer
- Gonococcal Cystitis
- Lyme disease arthritis

۱۲. 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.

در مورد سایر عبارات تشخیصی و قوانین مرتبط، در فصل قوانین تشخیصی توضیحات لازم آورده شده است.

از اصطلاحات مناسب و ارجح (pereferrd 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 کد گذاری صحیح پرونده ها می کند. مثال:

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

۱۴- از ثبت علام و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

۱۵- اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، توسط پزشک معاج یا جراح ثبت گردد.

۱۶- در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است .

۱۷- عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:

- اقدام اصلی انجام شده (مثل: Excision, Insertion, Extraction, Replacement, Removal) و (...)
- قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می‌شود (مثل: Lung, intracranial)
- روش انجام اقدام (مثل: Percutaneous, Transtemporal, Open, ...)
- 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 می‌ماند.

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

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

۲۰- 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)

مثال:

Intentional self-burning by kerosene in home

Accidental poisoning due to overdose of heroine home

Accidental fall to pit in farm

۲۱- حتی المقدور پزشکی باید در ثبت علت خارجی صدمات و مسمومیت‌ها، عبارت تشخیصی شامل مکانیسم حادثه، قصد و محل رخداد حادثه باشد.

۲۲- برای توضیحات بیشتر در مورد نحوه ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد شد.

۲۳- وضعیت بیمار به هنگام ترخیص، ثبت گردد.

۲۴- در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از ۴۸ ساعت الزامی است .

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

موارد مربوط به بخش:

۲۶- مدت اقامت بیمار به روز ثبت گردد.

۲۷- 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 .

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

موارد مربوط به بخش مدارک پزشکی پس از ترخیص بیمار:

۲۹- تمام تشخیص های ثبت شده ، جراحی ها و اقدامات انجام شده توسط کدگذار(بر اساس ICD) کد گذاری و در قسمت مربوطه درج گردد.

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

۳۱- تمام قسمت های این فرم از نظر کامل بودن بررسی شود و در صورت ناقص بودن پیگیری های لازم جهت تکمیل فرم انجام گیرد.

تصدیق های لازم:

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

ب) فرم الکترونیک

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، است.

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 "ید الله" 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)³ تحت DOS مشکلاتی را در زمان جستجوی نام بیماران ایجاد می کند، بنابراین برای ثبت 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 «سید» یا «سیده» 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 می گردد 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، نوح 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.

³ Hospital Information System

۲- 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 یافته های 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.

۴- ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی الزامی است.

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

۶- در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه

پرونده اشاره شود.

۷- مهر و امضا پزشک معالج الزامی است.

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

۳- فرم شرح حال و معاینه بدنی

۱. فرم شرح حال و معاینات بدنی باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد.
۲. تکمیل سربرگ 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 شیء (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، ناهنجارهای مادر زادی، نارس بودن یا بیمارهای دوران نوزادی ثبت گردد.
 - در مورد اطفال کمتر از یک سال وزن هنگام تولد ثبت گردد.
 - سابقه شخصی: وضعیت تأهل، 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)
- ۴- 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 عاداتی 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 تکه 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 ادراری: اشکال در ادرار و سوزش، تکرر ادرار، شب ادرار، دفع غیرارادی ، 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، فلج‌ها، ضعف اعصاب، فشار محیطی، از دست دادن حافظه، بی‌خوابی، کابوس، رفتارهای بیمارگونه اجتماعی و ...

(ب) فهرست موارد مهم در معاینات بدنی:

- عمومی: وضعیت و حالت اندام‌های مختلف، وضعیت تغذیه، سن ظاهری، آنچه که از وضعیت بدنی شخص و خطوط چهره مشخص می‌شود، شدت حالت بیماری، وضعیت عاطفی - روانی.

- پوست: رنگ، کیفیت، رنگدانه‌های پوستی، از نظر تجمع و پراکندگی و رنگ، خون‌مردگی، پتیشیا، کیفیت توزیع موها، ناخن‌ها، میگزودم، تعریق، جراحات احتمالی و زخم‌ها، زردی و سایر علائم.

- سر و چشم‌ها شامل:

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

○ پلک‌ها: از نظر تورم، پائین افتادگی غیرطبیعی، ...

○ صلیبیه: سفیدی چشم از نظر وجود خونریزی و یرقان

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

○ قرنيه: از نظر اثر زخم و جراحی

○ مردمک: از نظر اندازه، شکل کیفیت عملکرد، تطابق و واکنش در مقابل نور و سایر تحریک‌کننده‌ها

○ بیماری‌های چشمی: گرفتگی‌ها و دیسک‌های بینائی، عروق چشمی، ترشحات و خونریزی‌ها

- گوش‌ها: اندام تیمپانیک، کانال‌ها و مجاری، شنوایی، تخلیه و ترشح و...

- بینی: مجاری هوایی، مخاط، تیغه بینی، سینوس‌ها، ترشحات، خونریزی و بویائی

- دهان: تنفس، لبها، دندان‌ها، لثه‌ها، زبان، غدد و شیریه‌های بزاق و...

- گلو: لوزه‌ها، فارینکس، کام، زبان کوچک و مجرای حلقی - تنفسی
 - گردن: سختی، حجم و توده‌های احتمالی، تیروئید و وضعیت آن، عروق، تراشه‌ها، لنف‌ها 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 اندام‌های مربوط
 - پستان: سختی و حجم، ترشح، نوک آن از لحاظ حالت و رنگ، ضخامت و نوع بافت
 - ریه‌ها: صداهای تنفسی، عفونت و صدای صحبت کردن
 - قلب: پالس‌های اپیکال، 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، اپیدیدیم، فتق عروقی و فتق بیضه
 - مقعد: شکاف، هموروئید، وضعیت اسفنکتر، پروستات، عروق سیمینال و مدفوع
 - واژینال: اعضای تناسلی خارجی، غدد بارتولین و اسکین، واژن، دهانه و گردن رحم، رحم و غدد
 - ماهیچه‌ای اسکلتی: تغییر شکل‌ها، تورم، قرمزی، گرمی و محدودیت حرکت
 - اندام انتهایی: رنگ، ادم، لرزش (تکان و حرکات غیر ارادی)، چماقی شدن، زخم‌ها و التهاب واریسی
 - اعصاب: اعصاب مغزی، هماهنگی، رفلکس ماهیچه دوسر، رفلکس ماهیچه سه سر، پاتلا، آشیل، شکمی، اعصاب سینه‌ای، حساسیت ...
- ۵- 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. از ثبت علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

۶- تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند.

۸- مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم شرح حال و معاینات بدنی

توسط اینترنت یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک متخصص مربوطه نیز تایید

(مهر و امضا) گردد.

۴- فرم سیر بیماری

۱- هدف تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستند سازی پاسخ بیمار به درمان، مورد تاکید قرار گیرد، و به این

فرمت ارائه شود:

۲. یادداشت های پذیرش بیمار (ذکر وضع عمومی بیمار در قالب اطلاعات Subjective بیمار)

۳. یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان را مستند کند).

۴. 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

۵. تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .

۶. یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگرفته ای اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری

باشد، این یادداشت ها باید براساس 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.

۷. یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.

۸. از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل "حال عمومی بیمار خوب است"، خودداری شود.

۹. در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد.

۱۰. 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.

۱۱. هر پرونده باید لیستی از مشکلات^۴ بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP^۵ مستند گردد.

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

۵- فرم درخواست مشاوره پزشکی

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

۲. ثبت تاریخ و ساعت مشاوره ، نام پزشک در خواست کننده و نوع مشاوره (اورژانس یا غیر اورژانس) و مهر و امضاء پزشک در خواست کننده الزامی است .

۳. ثبت درخواست مشاوره و توضیحات آن توسط پزشک معالج (پزشک درخواست کننده) الزامی است.

۴. ثبت مشاهدات و نظریات و در صورت نیاز روش های درمانی توصیه شده، دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده و مهر و امضا و تاریخ و ساعت ارائه مشاوره الزامی است .

⁴ Problem list

⁵ Subjective & objective-assessment-plan

۵. در خصوص مشاوره‌های 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.

۶- فرم مراقبت قبل از عمل جراحی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .
۲. ثبت تاریخ عمل، الزامی است.
۳. ثبت تشخیص قبل از عمل ، نام عمل جراحی با ذکر سمت عمل (چپ یا راست برای عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن) الزامی است .
۴. 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.
۵. امضاء پرستار بخش با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تکمیل این فرم الزامی است .
۶. امضاء پرستار اتاق عمل با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تأیید کلیه مندرجات این فرم الزامی است .
۷. برای کلیه اعمال جراحی و همچنین معاینات تحت بیهوشی مانند جا اندازی و گچ گیری و آندوسکوپی، تکمیل نمودن این فرم الزامی است.

۷- فرم بیهوشی

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

۲. ثبیتات 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

- تشخیص قبل از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد (الزامی است).
- 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. در جدول مربوط برای نبض بیمار از علامت ● درجه حرارت از علامت ▲ با علامت بیهوشی از علامت X، و برای تنفس از علامت ○ استفاده شود.
- 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 حساسیت های دارویی بیمار الزامی است.

۳. مهر و امضا متخصص بیهوشی الزامی است.

۸- فرم گزارش عمل جراحی

۱. تکمیل سربرگ 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

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

۶. 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 شده (مثل: Excision, Insertion, Extraction, Replacement, Removal و

(...)

- قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود (مثل: Lung, intracranial)

- روش انجام اقدام (مثل: Percutaneous, Transtemporal, Open, ...)

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

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

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

باشند.

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

۱۰. ثبت دستورات بعد از عمل، الزامی است.

۹- 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، مایعات داده شده به بیمار، مایعات 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.
۹. ثبت مشاهدات پرستار، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است.
۷. مهر و امضا متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری الزامی است.

۱۰- 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 امضا پزشک در پایان دستورات الزامی است.

۵. پزشک باید در انتهای دستورات آنها را ببندد، در صورتی که این امر توسط پزشک انجام نشود می‌بایست توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود (جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) بسته شود.

۶. 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 دستور توسط پرستار باید ذکر شود.

۷. دستورات پزشک مشاور: باید به تأیید پزشک معالج رسانده شود.

۸. وقتی که پزشک بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی به پرستار می‌دهد، 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 تأیید و امضاء شود.

۹. مهر و امضای پرستار الزامی است.

۱۱- فرم گزارش پرستار

۱. تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۲. گزارش پرستار باید نشان دهنده مشاهدات عینی پرستار از تغییرات بالینی، رفتاری و روحی بیمار، و مداخلات مجاز پرستاری باشد. گزارش پرستاری باید شامل موارد زیر باشد:

- ثبت کلیه اقدامات دارویی شامل داروهای داده شده و دوز آنها
- ثبت کلیه اقدامات درمانی انجام شده توسط پرستار مثل پانسمان، وصل سرم، نوار قلب و ...
- ثبت ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت بیمار

- ثبت نمونه های آزمایشات ارسال شده به آزمایشگاه
- ثبت وضعیت عمومی بیمار مثل درد، غذا و اشتها، دفع، استراحت و خواب (مخصوصا در شیفت شب).
- ثبت علائم حیاتی بیمار
- ثبت رفتار بیمار : مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست . رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیرکلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز می شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.
- عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری ؛ مثال : اثر مسکن بر درد، اثر پاشویه بر تب، گرما و سرما بر کاهش تورم و ... (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوست)
- ثبت حوادث غیرمترقبه : فرار، سقوط، حساسیت و آلرژی، برق گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خود کشی 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.
- ثبت موارد پاراکلینیک : جواب آزمایشات، گرافی ها، باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگ های لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود.
- ثبت ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه، بیهوشی و...) .
- ثبت پیشرفت بیمار، آموزش های داده شده به وی
- ثبت وضعیت نوزاد برای موارد زایمانی در بخش زنان و زایمان (حتی در صورت سالم بودن نوزاد در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت) .

۳. ثبت تاریخ و ساعت گزارشات الزامی است.

۴. امضاء پرستار همراه با مهری که حاوی مشخصات وی می‌باشد یا امضاء پرستار که حاوی درج

مشخصات وی بصورت دستی می‌باشد همراه با مهر بخش الزامی است .

۵ . انتهای هر گزارش باید با خطی بسته شود.

چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

گزارشات	چارچوب زمانی ثبت	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	پذیرش اورژانس و قبل از ترخیص یا انتقال بیمار از اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	بدو پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی
گزارش های مشاوره	بلافاصله پس از انجام مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	بلافاصله بعد از عمل	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص*	بلافاصله بعد از انجام اقدام	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	زمان ترخیص	از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص
گواهی فوت	زمان مرگ	از زمان مرگ تا ۷ روز پس از ترخیص
فرم انتقال	زمان انتقال	۲۴ ساعت بعد از انتقال

* نوار مغز، نوار قلب، تست های استرس تردمیل، تصویر برداری پزشکی و سایر گزارش های

اگر گزارشی در چارچوب زمانی ثبت انجام نگردد و بعد از این زمان تکمیل گردد تحت عنوان (Late entry) (یادداشت های تاخیری) در پرونده ثبت می گردد.

۳. رفع نقص پرونده پزشکی

۱. 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 ۱۴ روز از تاریخ دریافت نقص نسبت به رفع نقص مراجعه کند.

۲. 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.

۳. چنانچه پرونده ظرف ۱۴ روز رفع نقص نشد، ابتدا بصورت شفاهی اخطار داده می شود و در صورت

تکرار مسئول مدارک پزشکی درخواست تذکر کتبی را از مدیریت دارد



دستور العمل مستند سازی پرونده پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان

کد دستور العمل کشوری: م پ - ۲ - ۹۶/۶

مقدمه:

پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط موثر میان ارایه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارایه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می نماید. پرونده پزشکی به عنوان زیر بنای ثبت تمام استانداردهای ارایه خدمت به بیمار، در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارایه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش و مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه ها نقش دارد.

مجموعه حاضر با هدف تدوین اصول کلی در زمینه مستندسازی پرونده پزشکی در ۵ بخش و ۱۷ ماده و ۱۹ تبصره تنظیم شده، و از این پس به عنوان مرجع اصول مستند سازی در همه بیمارستانها و واحدهای ارایه دهنده خدمات سلامت کشور اجرای آن الزامی می باشد.

هدف کلی:

این دستورالعمل با هدف ارتقای کیفیت مستندات پرونده پزشکی و به تبع آن ارتقای کیفیت خدمات در حوزه سلامت در راستای تضمین ایفای حقوق گیرندگان و ارایه دهندگان خدمت تنظیم شده است.

اهداف اختصاصی:

۱. ایجاد بستری مناسب جهت توصیف خدمات ارایه شده به بیمار، برقراری ارتباط موثر میان ارایه دهندگان خدمت و تدوین دقیق طرح مراقبت از بیمار
۲. ایجاد مستندات قانونی در مورد ضرورت و کیفیت خدمات ارایه شده به بیمار، صیانت از حقوق بیمار و پشتیبانی از تصمیمات حرفه ای ارایه دهندگان خدمت
۳. تضمین بازپرداخت خدمات ارایه شده به بیمار
۴. ایجاد منابع غنی اطلاعاتی به منظور تقویت آموزش و پژوهش در حوزه پزشکی و حرف وابسته

شمول دستورالعمل:

- گروه مستند سازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:
- ارایه دهندگان خدمات اعم از پزشکان، پرستاران، ماماها و سایر گروه‌های مرتبط شامل رادیولوژی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و ...
- کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان
- کارشناسان امور ترخیص

بخش اول: اصول کلی

ماده ۱. کلیه خدمات ارایه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.

ماده ۲. تمامی فرم‌های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم‌های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.

تبصره ۱-۲. با توجه به یکسان سازی فرم‌های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، لازم است در کلیه بیمارستان‌ها و مراکز جراحی محدود از فرم‌های مذکور استفاده شود. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم‌ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.

ماده ۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می‌گردد.

تبصره ۳-۱. مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارائه شده، از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

ماده ۴. کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه "کاربرد ندارد" یا اختصار آن (N/A)^۶ استفاده شود.

ماده ۵. اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد. تبصره ۵-۱. ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.

ماده ۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد. تبصره ۶-۱. ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولاً در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است، ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره و ... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

تبصره ۶-۲. هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. هم چنین لازم است مستندسازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.

⁶ Not Applicable

تبصره ۳-۶. در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج گردد.

تبصره ۴-۶. ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.

ماده ۷. هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. تایید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت گیرد.

تبصره ۱-۷. در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا نماید. این کار می تواند در فرم جداگانه ای (از نوع همان فرم) انجام شود.

ماده ۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

ماده ۹. در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املا صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

بخش دوم: اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

ماده ۱. در ثبت عبارت های تشخیصی رعایت نکات زیر ضروری می باشد:

- ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیص های حین درمان، تشخیص نهایی، وضعیت های همراه و عوارض) در قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزئیات مورد نیاز صورت گیرد.
 - عدم ثبت علائم و نشانه های بیماری ها به عنوان تشخیص. در این رابطه ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.
 - عدم تناقض در ثبت عبارات های تشخیصی در بخش های مختلف پرونده رعایت گردد.
 - رعایت اولویت در ثبت تشخیص ها و اقدامات (به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی^۷ از سایر وضعیت ها^۸) صورت گیرد.
 - از اختصارات غیر استاندارد برای ثبت تشخیص ها و اقدامات درمانی استفاده نگردد.
- ماده ۲. عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان جزئیات مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر (در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمتهای مختلف می باشد، ذکر محل دقیق)، سمت موضع (در مورد مواضع دوطرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپی و ...) باشد. در موارد استفاده از اصطلاح اپونیم (نام بخش: نام پزشک یا جراح کشف کننده روش، عمل یا بیماری) در شرح اقدام ، اقدامات صورت گرفته با ذکر جزئیات مربوط به آنها ثبت گردد.
- ماده ۳. در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت ✓ تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده؛ تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

⁷ Main condition

⁸ Other conditions

تبصره ۳-۱. پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود.

ماده ۴. دستورات تلفنی (Tel orders)، بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

تبصره ۴-۱. بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

تبصره ۴-۲. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tel orders) در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

ماده ۵. در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

تبصره ۵-۱. لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order)

یا صرفاً تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد" قابل انجام است.

تبصره ۵-۲. گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج، باید در پرونده بیمار موجود باشد.

ماده ۶. کلیه آزمایشات، تصویربرداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویر برداری یا خدمات تشخیصی خاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می شود، پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیر طبیعی و بحرانی^۹ را مشخص نموده به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

بخش سوم: اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی / مستندات از قلم افتاده

❖ گاهی اشکالات یا اشتباهاتی در مستند سازی روی داده و تغییر یا توضیحی لازم خواهد بود، در چنین

شرایطی لازم است اقدامات اصلاحی مناسب اعمال شود.

ماده ۱. روش تصحیح خطا: هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب

تصحیح خطا دنبال شود:

- دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود

⁹ Panic value

▪ علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

تبصره ۱-۱. اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

تبصره ۱-۲. هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

تبصره ۱-۳. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

ماده ۲. مستندات از قلم افتاده: مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.

تبصره ۱-۲. ثبت داده ها با تاخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

- ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.

تبصره ۲-۲. ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: "ضمایم و ملحقات" نوع دیگری از ثبت‌های تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می‌شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می‌کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می‌شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

روش اضافه کردن اطلاعات:

- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- واژه "ضمیمه/ اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن اضافه می‌شود بیان گردد.
- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته‌های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

تبصره ۲-۳. ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می‌باشد. اینگونه یادداشت‌ها برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می‌شوند.

برای ایجاد یادداشت توضیحی:

- تاریخ و زمان جاری مستند شود.
- واژه "یادداشت توضیحی" ثبت ، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.
- تا جای ممکن، یادداشتهای توضیحی در حد اقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

بخش چهارم: چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

در صورت عدم رعایت تبصره ۶-۲ به دلایل موجه، چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی به

شرح ذیل می باشد:

چارچوب زمانی تکمیل	گزارشات
۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس	پرونده تحت نظر اورژانس
۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از اجرای طرح درمان	شرح حال
۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره	گزارشهای مشاوره
۲۴ ساعت پس از انجام عمل	گزارش عمل جراحی
۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام	گزارش اقدامات خاص
تا قبل از تسویه حساب بیمار	خلاصه پرونده
همزمان با انتقال بیمار	برگ انتقال بیمار

بخش پنجم: ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار

عملکرد صحیح	عملکرد غلط
کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشتباه و ثبت کلمه "Mistaken Entry" در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی و امضا.	پاک نمودن مطالب اشتباه با استفاده از لاک غلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت.
ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت آنها، ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.	ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها، عجله برای کامل نمودن گزارشات، و ثبت حدس و گمان در پرونده.
ثبت گزارش بصورت خط به خط، و در صورت باقی ماندن فضای خالی بین نوشته ها، کشیدن یک خط افقی در آن، و ثبت نام و نام خانوادگی و امضا در آن محل.	ثبت مطالب به صورت پراکنده در گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب.

<p>در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "پزشک اشتباه نموده است". پزشک تماس گرفته شد".</p>	<p>در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "پزشک اشتباه نموده است".</p>
<p>ثبت خدمات ارائه شده به بیمار صرفاً توسط ارائه دهنده خدمت، در پرونده بیمار. (هیچگاه ثبت های دیگران را عهده دار نگردید به جز مواردی که ارائه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع می دهد در این شرایط منبع اطلاع گزارش و نحوه گزارش "تلفنی" را ثبت نمایید)</p>	<p>ثبت خدمات ارائه شده به بیمار توسط فردی غیر از ارائه دهنده خدمت، در پرونده بیمار.</p>
<p>ثبت وضعیت بیمار به طور کامل با جزئیات در گزارش.</p>	<p>استفاده از عبارات عمومی نظیر «وضعیت بیمار تغییری نکرده» یا «بیمار روز خوبی داشته است» در ثبت گزارش.</p>
<p>ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج در طول شیفت، و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی، و مهر و امضای مستند ساز.</p>	<p>ثبت کل مطالب گزارش در پرونده در پایان شیفت و با عجله.</p>