

به نام خدا

مستند سازی پرونده های بالینی

ارائه دهنده : میرمحمد

کاربردهای پرونده های پزشکی:

- 1 - به عنوان اساس برنامه ریزی درمانی و مراقبتی بیمار
- 2 - به عنوان ابزار ارتباطی بین گروه های مختلف
- 3 - به عنوان مدرک مستندی از سیر بیماری و پاسخ دهی به درمان
- 4 - به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند درمان و مراقبت
- 5 - پشتیبان قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمان
- 6 - به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه گر، مراجع قانونی و ...
- 7 - به عنوان یک منبع اطلاعاتی برای تحقیقات
- 8 - به عنوان منبع اطلاعاتی برای محاسبه هزینه بیمار
- 9 - به عنوان منبع مفید برای آمارهای سلامت
- 10 - به عنوان کمک به آموزش گروههای پزشکی و پرستاری و ...

اهم مشکلات بیمارستان ها در امر مستند سازی:

- 1 - ثبت ناقص اطلاعات
- 2 - ناخوانا بودن
- 3 - استفاده نامناسب از اختصارات
- 4 - استفاده از اصطلاحات پزشکی گنگ و مبهم و نامفهوم
- 5 - استفاده از وسیله نامناسب جهت نوشتن مستندات
- 6 - مستند نمودن

اصول کلی (17 گانه) مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی (برای تمامی گروه های مستند ساز):

- 1 - اصل بدون فرم ها و تکمیل تمامی عناصر اطلاعاتی آن ها
- 2 - استفاده از زبان فارسی یا انگلیسی
- 3 - تکمیل بودن اطلاعات سربرگ فرم ها
- 4 - مستند سازی مندرجات با ثبت نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء
- 5 - ثبت تاریخ و ساعت در تمامی مندرجات
- 6 - استفاده از خودکار آبی یا مشکی
- 7 - مستندات بایستی حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمان ها و گفته های کلی به دور باشند.
- 8 - اطلاعاتی که مربوط به نقل قول بیمار یا همراه بیمار است حتما باید مشخص شود.
- 9 - بهنگام و در زمان رخداد حوادث صورت گیرد. در غیر اینصورت با قوانین یادداشت های تاخیری مستندات تکمیل گردند.

10- مستندات بایستی واضح، مداوم و پیوسته باشند. رعایت اصول نگارش و خوانا بودن و جمله بندی مناسب ضروری است.

• اگر ثبیتات خوانا نیستند بایستی مجددا در سطر بعدی با تکرار و علت تکرار نیز قید گردد.

• ثبیتات بایستی پشت سرهم بدون فضای خالی درج گردند.

11- اصلاح اصولی ثبیتات اشتباه صورت گیرد. بدون استفاده از لاک و مخدوش کردن اطلاعات

12- محرمانگی اطلاعات رعایت گردد.

13- از اختصارات قابل قبول استفاده گردد.

14- پرونده بایستی شامل لیستی از مشکلات بیمار باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم بیمار مشخص گردد. و فرم سیر بیماری نیز بایستی بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

15- چنانچه مشاورهای درخواست گردد بایستی پاسخ آن در با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره و پاراکلینیکی و نوآرنگاری باید توسط درخواست کننده پاراف شود.

• دستورات مشاوره و نکات مهم نتایج آزمایشات و تصویر برداری بایستی در مستندات ثبت گردد.

16- حساسیتها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان بایستی مستند گردد و چنانچه بیمار نسبت به حساسیت ها اطلاعاتی ندارد نیز باید در پرونده قید گردد.

17 - کلیه دستورات شفاهی و تلفنی باید ظرف 24 ساعت از صدور دستور با ذکر تاریخ و ساعت تائید شوند.

مستند سازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی:

برگ پذیرش و خلاصه ترخیص:

1 - ثبت تشخیص های اولیه، حین درمان (بالاخص در صورت تغییر در مسسیر درمان) و تشخیص نهائی (که شامل بیماری اصلی، بیماری های همراه و سایر عوارض می باشد) در قسمت های مربوطه به زبان انگلیسی

2 - ثبت اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم به زبان انگلیسی

3 - ثبت علل خارجی آسیب ها و مسمومیت ها به زبان انگلیسی

از اصطلاحات استاندارد برای ثبت تشخیص ها استفاده نمائید . از اختصارات استفاده ننمائید. از ثبت علائم و نشانه های بیماری به جای تشخیص خودداری نمائید.

4 - مهر و امضاء پائین برگ پذیرش بعد از بررسی و اطمیناناز کامل بودن پرونده

5- ثبت وضعیت بیمار در هنگام ترخیص

6- در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت

خلاصه پرونده:

- 1 - فرم خلاصه پرونده موجود در پرونده بایستی اصل باشد.
- 2 - تمامی عناوین این برگ بایستی تکمیل گردد که شامل: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، تشخیص نهائی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات کلینیکی، سیر بیماری (و در صورت فوت علت مرگ) وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، امضاء، مهر و تاریخ و ساعت
- 3 - ثبت مدت زمان استعلاجی صادر شده برای بیمار

شرح حال:

- 1 - این برگ بایستی حداکثر ظرف 6 ساعت از زمان اولین ویزیت تکمیل گردد. که این مدت برای بیماران اورژانس 1 ساعت می باشد.
- 2 - اطلاعات این فرم بایستی از بیمار گرفته شود و در صورت عدم امکان از نزدیکترین فرد مطلع اطلاعا اخذ شود.
- 3 - تمامی عناوین موجود این برگ بایستی تکمیل گردد و یا مورد بررسی قرار گیرد.
این عناوین عبارتند از: نشانه های بیمار فعلی، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری های قبلی، داروهای در حالی مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت به، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، تشخیص اولیه و برنامه درمان به زبان انگلیسی، در صورتی که بیمار به دلیل صدمه یا مسمومیت مراجعه نموده بایستی مندرجات این برگ شامل نوع صدمه، موضع اناتومیکی صدمه، مکانیسم حادثه، قصد حادثه، نوع شی، مکان وقوع حادثه، فعالیت فرد در هنگام حادثه و نحوه انتقال فرد به مرکز درمانی باشد

4- سوابق قبلی در مورد خانم های متاهل تعداد بارداری، زایمان و سقط و ... در مورد اطفال زیر 1 سال وزن هنگام تولد و در مورد اطفال سوابق واکسیناسیون، ناهنجاری ها و ... بایستی ذکر گردد.

5- مهر و امضاء پزشک معالج با ذکر تاریخ و ساعت ثبت

6 - چنانچه این برگ توسط اینترن تکمیل می گردد بایستی توسط پزشک معالج نیز تائید گردد.

سیر بیماری:

هدف از تکمیل این برگ بررسی نحوه پاسخ بیمار به درمان های انجام شده می باشد.

1- ثبت تاریخ و ساعت و مهر امضاء تمامی مستندات الزامی است.

2- بایستی شامل یادداشت های پذیرش بیمار (وضع عمومی زمان پذیرش) یادداشتهای بعدی (کلیه درمان ها و پاسخ بیمار به آن ها)، یادداشت های نهائی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص و نکات مهم پیگیری درمان و ...) باشد.

درخواست مشاوره:

- 1 - ثبت تاریخ و ساعت درخواست و نوع مشاوره درخواستی و مهر و امضاء پزشک درخواست کننده
- 2- پاسخ مشاوره بایستی توسط پزشک معالج پاراف گردد.
- 3 - در صورت صلاحدید به انجام دستورات پزشک مشاوره دهنده بایستی دستورات صادره مجدداً اردر گردند.

محدوده زمانی انجام مشاوره	نوع مشاوره
تا ساعت 10 صبح روز بعد	مشاوره غیر اورژانس پزشکان آنکال
بلافاصله (تلفنی 15 دقیقه)	مشاوره اورژانس آنکال (در صورت عدم حضور پزشک در بیمارستان)
بلافاصله	مشاوره اورژانس (پزشکان مقیم)
در اسرع وقت (حداکثر 2 ساعت)	مشاوره غیر اورژانس پزشکان مقیم

فرم بیهوشی:

1 - ثبت نوع عمل، عمل جراحی پیشنهادی، داروهای قبل از بیهوشی، نوع بیهوشی و داروهای مورد استفاده، علائم حیاتی، مقدار مایعات تزریقی، ریسک بیهوشی، ثبت نوع مراقبت مخصوص، ثبت وضعیت عمومی در زمان پایان بیهوشی، ثبت شروع و پایان بیهوشی و شروع و پایان عمل در این برگ الزامی است.

2 - علائم مورد استفاده در این برگ عبارتند از: ● نبض ● شروع و پایان عمل 0
تنفس X شروع و پایان بیهوشی و ▲ درجه حرارت

3 - در پشت برگ تمامی موارد و آیتم ها و عناوین بایستی تکمیل گردد.

گزارش عمل جراحی:

- 1 - باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد.
- 2- ثبت مشخصات جراح، کمک اول و دوم، متخصص بیهوشی، نوع بیهوشی، پرستار اتاق عمل، پرستار کمک، زمان عمل، نوع عمل الزامی است.
- 3 - محتوای شرح عمل بایستی شامل شرح دقیق یافته ها، موضع اناتومیکی، مشخصات نمونه، تخمین خون از دست رفته، تشخیص قبل و بعد از عمل به زبان انگلیسی، نوع عمل جراحی، روش انجام، ابزار مورد استفاده باشد.
- 4 - اطلاعات شمارش گازها و تطابق آن ها
- 5 - مهر و امضاء جراح و تاریخ و ساعت ثبت مستندات
- 6 - ثبت دستورات بعد از عمل

دستورات پزشکی:

- 1- ذکر تاریخ و ساعت و مهر و امضاء الزامی است.
- 2- در مورد دستورات تلفنی و تائید آن ها ظرف 24 ساعت قبلا توضیحات داده شده است.

نوع ویزیت	محدوده زمانی انجام ویزیت
ویزیت روزانه پزشکی بیمار بستری	تا ساعت 10 صبح
اولین ویزیت بیمار اورژانسی توسط متخصص زنان	حداکثر 3 دقیقه
اولین ویزیت بیمار غیر اورژانسی توسط متخصص زنان	حداکثر 30 دقیقه

الصاق الكتروكارديوگرام:

ثبت تفسير الكتروكارديوگرافي، تشخيص، تاريخ، ساعت، امضاء و مهر
پزشک کاردیولوژیست ضروری است.

گواهی فوت:

باید بگونه ای نوشته شود که در چهار نسخه اثر خودکار دیده شود. علت فوت
بایستی به فارسی نوشته شود و از نوشتن علائم بیماری خودداری نمائید.

گواهی فوت برای نوزادان زیر 7 روز و بالای 22 هفته در فرمت گواهی فوت زیر 7 روز بایستی
نوشته شود.

شماره ملی:	شماره شناسنامه:	محل صدور شناسنامه:	
جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>	تاریخ فوت: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
جمهوری اسلامی ایران			
گواهی پزشکی فوت سن بالای ۷ روز			
شماره ثبت در سامانه: <input type="text"/>		شماره سریال: ۱۴۲۱۳۱ ۱۱۴	
لطفا قبل از تکمیل فرم مندرجات ظهر آن را مطالعه نمایید			
۱-	وضعیت شناسنامه:	دارای شناسنامه <input type="checkbox"/>	عدم دسترسی به شناسنامه <input type="checkbox"/> فاقد شناسنامه <input type="checkbox"/>
۲-	نام:	۳- نام خانوادگی: <input type="text"/>	
۴-	نام پدر:	۵- شماره ملی: <input type="text"/>	
۶-	شماره شناسنامه:	۷- محل صدور شناسنامه: <input type="text"/>	
۸-	جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>	
۹-	ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/>	غیر ایرانی <input type="checkbox"/> شماره پروانه اقامت اتباع غیر ایرانی: <input type="text"/>	
۱۰-	شغل:	۱۱- شماره ملی سرپرست خانوار: <input type="text"/>	
۱۲-	وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/>	ابتدایی/نهضت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی و فوق دکترا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
توجه: در صورتی که متوفی بالای ۷ روز و زیر ۵ سال سن داشته و مادرش در قید حیات باشد ردیف های ۱۳ تا ۱۵ تکمیل گردد.			
۱۳-	نام و نام خانوادگی مادر:	۱۴- سن مادر: <input type="text"/> سال	
۱۵-	وضعیت سواد: بی سواد <input type="checkbox"/>	ابتدایی/نهضت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکتری تخصصی و فوق دکترا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
۱۶-	تاریخ تولد: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>	تاریخ به حروف: <input type="text"/>	
۱۷-	تاریخ فوت: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>	تاریخ به حروف: <input type="text"/>	
۱۸-	آدرس محل سکونت دائمی متوفی: کشور	استان	
۱۹-	شهر/روستا	خیابان	
۲۰-	آدرس محل فوت: کشور	استان	
۲۱-	مکان فوت: منزل <input type="checkbox"/>	بیمارستان/مرکز جراحی محدود <input type="checkbox"/> مرکز درمانی سرپایی <input type="checkbox"/> معابر و اماکن عمومی <input type="checkbox"/> آسایشگاه <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> (مشخص شود).....	
اگر متوفی زن در سن بارداری (۱۰ تا ۶۰ سال) می باشد ردیف ۲۱ تکمیل گردد.			
۲۱-	وضعیت بارداری زن: باردار نبوده است (در ۴۲ روز اول پس از ختم بارداری هم فوت نکرده است) <input type="checkbox"/>	باردار بوده است <input type="checkbox"/>	
۲۲-	در حین زایمان فوت کرده است <input type="checkbox"/>	طی ۴۲ روز پس از ختم بارداری فوت کرده است <input type="checkbox"/> وضعیت بارداری نامشخص است <input type="checkbox"/>	
توجه: علائم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و نباید نوشته شوند			
۲۲-	علل فوت	کد ICD-10	
الف)	قسمت اول: رنجیره وقایع، بیماری ها ، صدمات و یا وضعیتی که به طور مستقیم سبب مرگ شده اند	<input type="text"/>	
ب)	قسمت دوم: سایر وضعیت هایی که در وقوع مرگ موثر بوده اند، اما منتج به علل اشاره شده در قسمت اول نشده اند:	<input type="text"/>	
ج)	قسمت اول: بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:	<input type="text"/>	
د)	بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:	<input type="text"/>	
ه)	بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:	<input type="text"/>	
و)	بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:	<input type="text"/>	
ز)	بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است:	<input type="text"/>	
فاصله زمانی تقریبی وضعیت تا مرگ			
کد های ICD-10 توسط کدگذار ثبت می شوند			
۲۳-	نام و نام خانوادگی صادر کننده گواهی	مهر و امضای پزشک	
۲۴-	شماره نظام پزشکی	مهر موسسه	
۲۵-	تاریخ صدور گواهی: روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>	شماره نظام پزشکی	
۲۶-	نام و نام خانوادگی صادر کننده جواز دفن	دفن متوفی بلا مانع است	
۲۷-	مهر و امضای پزشک	مهر و امضای پزشک	

توجه: نسخه سفید مخصوص ثبت احوال، نسخه سبز مخصوص واحدهای تحت پوشش شهرداری، نسخه قرمز مخصوص مراکز بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نسخه زرد مخصوص سواحل پرستگ یا موسسه

دو قسمت گواهی فوت و جواز دفن بایستی توسط پزشک مهر و امضاء گردد.

در موارد زیر متوفی بایستی به پزشکی قانونی جهت صدور جواز دفن منتقل گردد:

قتل - خودکشی - مرگ به دنبال هر گونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی) - مرگ ناشی از هر نوع سلاح سرد و گرم - مرگ به دنبال حوادث رانندگی و تصادف (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ می دهد.) - مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیائی، داروئی، گاز گرفتگی و ...) - مرگ به دنبال سوء مصرف مواد - مرگ به دنبال سوء مصرف مواد -

مرگ به دنبال حوادث غیر مترقبه (زلزله، سیل، سرمازدگی، گرم‌زدگی، صاعقه زدگی و ...) - مرگ ناشی از کار (حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...) - مرگ در زندان، بازداشتگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، آسایشگاه، مهمانسرا و ... - مرگ در معابر و مجامع عمومی و پارک ها - مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین - مرگ حین یا متعاقب ورزش - مرگ های ناگهانی، غیر منتظره و غیر قابل توجیه - هر مرگی که احتمال شکایت از کسی مطرح باشد - هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته - هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه - مرگ اتباع بیگانه - هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود.

ثبت کووید 19 در گواهی فوت پزشکی:

در مواردی که کووید-19 باعث ایجاد پنومونی و دیسترس تنفسی حاد می شود در بند ج (علت زمینه ای مرگ) قسمت اول کووید-19 (و به صورت اختصاصی درج کووید 19 و از درج کرونا ویروس اجتناب شود)، در بند ب پنومونی و در بند ج دیسترس تنفسی حاد درج گردد.

*** مرگ ناشی از کووید 19 به مرگی که پس از دوره بهبودی کامل ناشی از کووید بین بروز بیماری وقوع مرگ اطلاق نمی شود. و ممکن نیست مربوط به بیماری دیگری مانند سرطان باشد.

قسمت اول:

الف) سندروم دیسرس تنفسی حاد

ب) پنومونی

ج) کووید 19

د)

در مورد یک بارداری، دوران پس از زایمان، یا تولد که همراه با کووید –
19 منجر به مرگ می شود توالی وقایع به قرار زیر درج گردد:

قسمت اول:

الف) سندروم دیسرس تنفسی حاد

ب) پنومونی

ج) بارداری عارضه دار ناشی از کووید 19

د)

از آنجائی که بیماران با وضعیت های مزمن (مانند COPD یا بیماری عروق کرونریا دیابت و سایر ناتوانی ها) یا نقص سیستم ایمنی در معرض خطر بالاتر مرگ ناشی از کووید 19 می باشند. بیماری های همراه در بخش دوم گواهی فوت بایستی ثبت گردند.

قسمت اول:

الف) سندروم دیسرس تنفسی حاد

ب) پنومونی

ج) کووید 19

د)

قسمت دوم:

ه) بیماری عروق کرونر (5سال) – دیابت نوع 2 (14 سال) و ...

و)

افراد با کووید 19 ممکن است بعلت سایر بیماری ها یا حوادث فوت کنند.
اینگونه موارد مرگ ناشی از کووید- 19 نیستند و نباید به این عنوان ثبت شوند.
و اگر فکر می کنید کووید 19 باعث تشدید عوارض ناشی از تصادف و سوانح
شده است کووید - 19 در در قسمت دوم گواهی فوت ثبت کنید.

مختص مرکز پزشکی قانونی

قسمت اول:

الف) شوک هایپوولمیک

ب) پارگی آئورت

ج) تصادف با وسیله نقلیه موتوری (علت زمینه ای)

د)

قسمت دوم:

ه) کووید - 19

و)

افراد با کووید 19 ممکن است بعلت سایر بیماری ها مانند انفارکتوس میوکارد فوت کنند. این مرگ ها کووید نیستند و نباید در گواهی فوت مرگ ناشی از کووید 19 ثبت شوند.

قسمت اول:

الف) نارسائی قلبی

ب) انفارکتوس میوکارد

ج)

د)

قسمت دوم:

ه) کووید - 19

و)

چند نکته مهم:

تمامی بیمارانی که برایشان دستور بستری صادر می گردد، بایستی به همراه اولین دستورات پزشک و در صورت نیاز رضایت آگاهانه مربوطه به پذیرش بیمارستان مراجعه نمایند.

دستور بستری بایستی شامل تشخیص اولیه یا احتمالی تاریخ به روز یا تاریخ نشاندهنده زمان بستری، مهر و امضاء پزشک باشد و در صورتیکه بیمار مورد اورژانسی است حتما کلمه اورژانس قید شود.

هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.

کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر که کاربردی نداشته باشند از واژه «کاربرد ندارد» یا اختصار آن (N/A) استفاده شود.

ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.

لطفا با همکاران در مورد رفع نواقص پرونده همکاری فرمائید.

ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها شامل نام، نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ ها و کنترل آن ها برعهده منشی بخش ها می باشد.

در مراکز آموزشی درمانی ، تائید هر گونه پروسیجر تشخیصی و درمانی مستند شده برای بیمار بایستی توسط پزشک معالج (اتند) صورت گیرد و در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرا خود را مستند و امضاء نماید.

حداالامکان از اختصارا استفاده نشود و فقط از اختصارات مجاز تعریف شده استفاده شود. در صورت بکارگیری اختصارات مجاز استاندارد بهتر استدر اولین ثبت، کل عبارت به صورت کامل ثبت شود.

دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد مگر آنکه پزشک مالج قبلا به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (ری ادر) یا صرفاً تایید (مهر و امضاء) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه «دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد» قابل انجام است.

مستندات از قلم افتاده مواعی اتفاق می افتد که با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلا ثبت شده به مستندات اضافه شود. شامل :

1 - ثبت داده ها با تاخیر که طی این ثبتیات موارد جدید به ثبتیات قبلی اضافه می شود.

2 - ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات (ضمائم و ملحقات) که طی آن اطلاعاتی اضافه می شود نه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباه نوشته شده اند مستند شوند.

3- ثبت توضیحات که توضیحاتی بیشتر در مورد ثبتیات قبلی را شامل می شود.

برای تمامی مستندات قلم خورده تاریخ جاری ثبت گردد. اولین فرصت ثبت گردد. در اولین فضای خالی ثبت گردند.

- از ثبت علائم و نشانه های بیماری به عنوان تشخیص اجتناب شود و در این رابطه ثبت تشخیص احتمالی به ثبت علائم و نشانه ها ارجحیت دارد.

- عدم تناقض در ثبت عبارات تشخیصی در بخش های مختلف پرونده رعایت شود.

- 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 و محل دقیق آن موضع، سمت بدن یا موضع، روش عمل جراحی به دقت ذکر شود.

افراد کمتر از 18 سال (مجرد) و محجورین بایستی با رضایت پدر یا قیم قانونی بستری شوند (مگر در موارد اورژانسی) لذا اگر پزشکان محترم شخصا مبادرت به نوبت دهی می نمایند باید توجه داشته باشند در روز بستری حتما پدر یا قیم قانونی بیمار با در دست داشتن شناسنامه خود و بیمار و قیم نامه (در مورد محجورین) به همراه سایر مدارک مورد نیاز به پذیرش مراجعه نمایند.

لطفا با همکاران در مورد رفع نواقص پرونده همکاری بفرمائید.

مبحث رضایت های آگاهانه:

رضایت در لغت به معنای خشنودی اجازه و رخصت است. اگر دارای 5 الزام است شامل ارائه اطلاعات به بیمار، درک بیمار از اطلاعات، صلاحیت تصمیم گیری، داوطلبانه بودن رضایت و صریح و توسط بیمار یا ولی قانونی رضایت آگاهانه گفته می شود.

برائت نامه منظور معاف کردن کادر درمان از تعهد در برابر پیامدها و عوارض نامطلوب انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به شرط عدم قصور می باشد.

رضایت عمومی رضایت پشت برگ های پذیرش است.

رضایت تلویحی (ضمنی و شفاهی) در مراجعه به پزشکان، ویزیت ها، معاینه، تحت نظر قرار گرفتن، اقدامات غیر تهاجمی (مانند سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی) می باشد.

کودک فرد زیر 18 سال است.

ولی قانونی یا خاص مانند پدر است یا عام که مقام رهبری است. در صورت نبود ولی خاص با تفویض اختیار به دادستان های مربوطه اعطای برائت توسط این اشخاص صورت می گیرد.

شاهد بالای 18 سال به معنای تائید هویت رضایتدهنده و آگاهانه بودن رضایت است.

ظرفیت تصمیم گیری شامل سلسله موارد درک سود و زیان اقدامدرمانی، توانائی برقراری ارتباط، توانائی درک اطلاعات مربوط به اقدام درمانی و شرایط موجود و استدلال منطقی و قدرت حافظه مشخص می گردد.

اقدامات و رضایت پر خطر شامل اقداماتی است که با توجه به شرایط و بیماری های زمینه ای بیمار خطر مرگ و میر یا بروز عوارض زیاد است.

وضعیت اورژانس وضعیتی است که در صورت تاخیر در درمان منر به فوت یا آسیب غیر قابل برگشت برای بیمار می شود.

قصور پزشکی شامل بی مبالاتی و بی احتیاطی ، عدم مهارت، عدم رعایت نظامات دولتی و یا ترک فعلی که باید انجام می شد و ... را شامل می شود.

اخذ رضایت و برائت در صورتی پزشک و کادر معالج را مبری خواهد کرد که مرتکب قصور نشده باشند.

رضایت و برائتی معتبر است که توسط پزشک معالج و به طور آزادانه و آگاهانه از بیمار یا ولی بیمار که دارای اهلیت قانونی است اخذ گردد.

اگر پروسیجرهای چندگانه برای بیمار مورد نیاز باشد برای هر پروسیجر بایستی رضایت آگاهانه جداگانه اخذ شود.

اقدامات پژوهشی نیاز به رضایت آگاهانه جداگانه دارد.

اخذ رضایت آگانه در پذیرش قابل قبول نیست.

درمانهایی با اندیکاسیون های علمی اخذ رضایت از بیمار یا ولی بیمار یا سرپرست کفایتی نماید مانند هیستریکتومی

رضایت زایمان بی درد از خود مادر به همراه یک شاهد کافی است و نیازی به رضایت همسر ندارد.

▶ با تشکر از حسن توجه شما

▶ سلامت و پیروز باشید