

دستورالعمل نحوه تکمیل پرونده بیماران توسط پزشکان

پزشکان محترم مرکز آموزشی درمانی ضیائیان:

با سلام

همانگونه که استحضار دارید عدم تکمیل دقیق پرونده بیماران توسط همکاران ارجمند باعث بروز مشکلاتی از جمله، کاهش دریافت کارانه بدلیل کسورات سازمان های بیمه گر، تضییع حقوق بیمار، پرسنل و بیمارستان، عواقب حقوقی و قضائی، اثرگذاری بر ارزشیابی بیمارستان و ... می گردد. لذا خواهشمند است جهت اجتناب از موارد فوق نکات زیر به طور دقیق و کامل رعایت گردد. باتشکر

۱ - برگ پذیرش و خلاصه ترخیص: تکمیل قسمت توصیه های پس از ترخیص، تشخیص اولیه و نهائی و اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی در صورت وجود، علت فوت اگر بیمار فوت نموده، مهر و امضاء پزشک معالج ثبت گردد. تشخیص بیماری در برخی از موارد به صورت اختصار نوشته می شود که در اینصورت بایستی جزو اختصارات رایج باشد در غیر اینصورت درج کامل اصطلاح پزشکی الزامی است.

۲ - برگ خلاصه پرونده: این برگ به هنگام ترخیص بیمار تکمیل می گردد و شامل شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، تشخیص نهائی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی، سیر بیماری (در صورت فوت علت مرگ)، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، در صورت لزوم تعداد روزهای استعلاجی صادر شده برای بیمار، تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک معالج باشد.

*** برای تمامی بیمارانی که بالای ۶ ساعت در اورژانس و سایر بخش ها در بیمارستان اقامت دارند بایستی خلاصه پرونده نوشته شود.

۳ - برگ شرح حال: حداکثر بایستی ظرف مدت ۲۴ ساعت از پذیرش بیمار تکمیل گردد. هر دو روی این برگ باید تکمیل گردد و حداقل شامل مشخصات دموگرافیک (جمعیت شناختی) بیمار، شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیمار فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، تشخیص اولیه یا افتراقی و طرح درمان باشد. در مورد بیماران تصادفی و ضرب و جرحی، صدمات و مسمومیت ها شرح حال بایستی شامل جراحات، خراشیدگیها، شکستگیها، کبودیها و وسعت آنها و طول و عمق زخمها و میزان نفوذشان باشد. موضوع حادثه، قصد حادثه، نوع شی ایجاد کننده صدمات، مکان وقوع حادثه، فعالیت فرد هنگام حادثه و نحوه انتقال مصدوم به بیمارستان بایستی ذکر گردد و تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک معالج ثبت گردد.

۴ - برگ سیر بیماری: این برگ بایستی بطور روتین در هر بار ویزیت بیمار ثبت گردد. آخرین وضعیت بیمار، تشخیصهای حین درمان نحوه پیشرفت یا بهبودی بیماری در این برگ نوشته شده و در هر بار با ذکر تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک معالج ثبت گردد. هدف از تکمیل فرم سیربیماری تاکید بر مستند سازی پاسخ بیمار به درمانهای انجام شده می باشد.

۵ - **برگ بیهوشی:** پشت و روی این برگ توسط پزشک متخصص بیهوشی کامل و تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک معالج ثبت گردد. اطلاعات مربوط به تشخیص قبل از عمل، عمل جراحی پیشنهاد شده، 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 حتماً باید در آن ذکر گردد. ثبت علائم حیاتی بایستی با نشانه های استاندارد مشخص گردد مثلاً برای نبض بیمار از علامت دایره کوچک توپر، درجه حرارت مثلاً کوچک توپر، تنفس دایره کوچک تو خالی، شروع و پایان بیهوشی ضربدر کوچک و شروع و پایان عمل از علامت دایره توپر بزرگ استفاده شود.

۶ - **گزارش عمل جراحی:** بایستی بلافاصله توسط پزشک جراح تکمیل و تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک معالج ثبت گردد. تاریخ عمل جراحی و زمان شروع و خاتمه عمل جراحی، سرپائی و بستری بودن نوع عمل، نوع عمل جراحی و شرح عمل بایستی به طور کامل ذکر گردد. محتوای یک گزارش عمل باید شامل: شرح دقیق یافته ها، اقدامات فنی، موضوعات آناتومیکی مورد جراحی، مشخصات نمونه برداشته شده، تخمینی از خون از دست رفته، اقدام اصلی انجام شده، قسمتی از بدن که اقدام روی آن انجام شده، ابزار مورد استفاده باشد.

۷ - **برگ مراقبت بعد از عمل جراحی:** توسط متخصص بیهوشی تکمیل و تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک معالج ثبت گردد. و تمامی موارد آن بایستی تکمیل گردد.

۸ - **برگ دستورات پزشک:** در این برگ ذکر تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک در کنار هر دستور ضروری است. در هنگام تجویز دارو از نام ژنریک استفاده گردد، داروهایی که تشابه اسمی دارند می بایست از الگوی نوشتاری قراردادی بیمارستان استفاده گردد، دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شوند و باید انتهای دستورات بسته شود. طبق قرارداد داخلی بیمارستان برای دستیاران تخصصی و غیر تخصصی جدید الورد تا زمانی که مهر دستیاران آماده نگردیده است می بایست بعد از ثبت دستورات نام، نام خانوادگی و شماره نظام پزشکی دستیار درج گردد.

دستور تلفنی بعد از ثبت باید بلافاصله (حداکثر ۲۴ ساعت) به تائید پزشک ارائه دهنده دستور برسد و تاریخ و ساعت ثبت و ممهور به مهر پزشک گردد.

۹ - **برگ مشاوره:** نام پزشک در خواست کننده و مشاوره دهنده ذکر شود. تاریخ و ساعت درخواست مشاوره، نوع مشاوره (اورژانسی یا غیر اورژانسی) و تشخیص اولیه در قسمت بالای این برگ نوشته شود و مهر و امضاء گردد. این برگ باید دارای درخواست مشاوره و جواب مشاوره باشد. نظریه پزشک مشاور دهنده بایستی بلافاصله پس از انجام مشاوره نوشته شود. در صورت موافقت پزشک معالج با نظریه پزشک مشاور، پزشک معالج دستور انجام اقدامات پیشنهادی را به صورت کتبی صادر می نماید و دستورات پزشک مشاور را با مهر و امضاء خود Re order می نماید.

*** جهت جلوگیری از کسورات سازمان های بیمه گر لازم است تمامی دستورات پزشکان و مشاوره ها و پروسیجرهای انجام شده توسط رزیدنت های بیمارستان، توسط پزشکان اتنت با مهر و امضاء تائید گردند.

۱۰ – برگ گزارش رادیولوژی: باید تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک متخصص رادیولوژی را داشته باشد و نوع گرافی درخواستی و تشخیص موقت هم در آن ذکر شود.

۱۱ – برگ الصاق الکتروکاردیوگرام: ثبت تفسیر الکتروکاردیوگرافی، تشخیص، تاریخ، ساعت، امضاء و مهر پزشک رادیولوژیست ضروری است.

۱۲ – رضایت های آگاهانه: به عنوان یک قانون کلی درمان یک بیمار بدون رضایت او بجز مواردی چون اورژانس های واقعی، غیرقانونی است.

رضایتهای آگاهانه بایستی در موارد زیر از بیمار، ولی بیمار یا قیم قانونی وی اخذ گردد:
اعمال جراحی و تهاجمی – اعمال جراحی پر خطر – گذاشتن شالون، کتدان، کاتترهای شریانی و ریدی – سیستم اسکوپ – زایمان کم درد – تعویض خون نوزاد – تصویربرداری با ماده حاجب – تست ورزش – تزریق خون و فرآورده های خونی – تصویربرداری پزشکی هسته ای – بیهوشی عمومی – تکه برداری (بیوپسی) – بی حسی نخاعی – بیهوشی عمومی – آندوسکوپی و کولونوسکوپی – قطع عضو درمانی – کشیدن مایع مغزی نخاعی – هیسترسکوپی و برونوسکوپی بایستی تکمیل گردد.

در صورت صدور دستور بستری جهت انجام اعمال جراحی برای بیماران، حتماً برگ رضایت آگاهانه اعمال جراحی و تهاجمی را تکمیل نمایید.

۱۳ – گواهی فوت: گواهی فوت باید با خودکار و با خط خوانا به صورتی نوشته شود که روی هر چهار نسخه قابل خواندن باشد. علت فوت به فارسی نوشته شود و از نوشتن علل فوت به زبان انگلیسی و یا بصورت مخفف خودداری شود. از نوشتن علائم بیماری و یا حالات و نشانگان فوت مانند ایست قلبی، ایست تنفسی، ضعف و ... برای علل فوت خودداری شود. از نوشتن اقدامات درمانی انجام شده در قسمت علل فوت خودداری شود.
گواهی فوت زیر ۷ روز و موارد مرده زائی برای موارد مرده زائی از هفته ۲۲ حاملگی به بعد و یا مرگ زود هنگام نوزادی از لحظه تولد تا ۷ روز اول زندگی نوزاد تکمیل شود و از نوشتن آن در گواهی فوت های بالای ۷ روز جداً خودداری شود. ضمناً اطلاعات مادر به طور کامل ثبت شود و در موارد ختم بارداری بایستی مشخص شود جنین چند هفته بوده است.

در مواردی که برای عضو قطع شده گواهی صادر می شود در برگه گواهی فوت قید گردد که این گواهی مربوط به عضو قطع شده است.
مهر پزشک بایستی کاملاً خوانا باشد و بایستی قسمت صادر کننده گواهی فوت بصورت کامل تکمیل شود. کد ملی بایستی خوانا و صحیح ثبت گردد و از زدن مهر بر روی نوشته های گواهی فوت بایستی اجتناب شود تا قابل خواندن باشد.

گواهی فوت از دو قسمت گواهی فوت و جواز دفن تشکیل شده است و هر دو قسمت آن باید توسط پزشک مهر و امضاء شود.

مجوز دفن در موارد زیر توسط پزشکی قانونی صادر می 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 (شیمیایی، دارویی، گاز گرفتگی و ...) – مرگ به دنبال سوء مصرف مواد – مرگ به دنبال سوء مصرف مواد – مرگ به دنبال حوادث غیر مترقبه (زلزله، سیل، سرمازدگی،

گرمزادگی، 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.

***** گواهی فوت کووید-۱۹ *****

این موضوع بسیار مهم است که مرگهای ناشی از کووید-۱۹ بصورت یکسان تشخیص، ثبت و گزارش شود

الف- ثبت کووید - 19 در گواهی فوت پزشکی

بیماری کووید - 19 باید در گواهی پزشکی فوت متوفیانی که بیماری باعث مرگ آنها شده یا تصور می شود که باعث مرگ آنها شده و یا در وقوع مرگ آنها مشارکت داشته است، ثبت شود.

ب - واژه شناسی

لازم است از واژه رسمی کووید- 19 برای تمامی گواهیهای فوت ناشی از این علت استفاده شود. چون انواع مختلفی از کرونا ویروس وجود دارد، توصیه میشود از کرونا ویروس بجای کووید - 19 استفاده نشود. استفاده از کووید-19 سبب قطعیت و دقت بیشتر در طبقه بندی و کد گذاری می شود و می توان این گونه مرگها را بدقت پایش نمود.

ج- زنجیره بیماری ها و وقایع

مشخص کردن زنجیره علل منجر به مرگ در بخش اول گواهی فوت بسیار مهم است. بطور مثال ، در مواردی که کووید - 19 باعث ایجاد پنومونی و دیسترس کشنده تنفسی می شود، پنومونی و دیسترس تنفسی باید همراه کووید - 19 در بخش اول ثبت شوند. پزشکان باید کلیه جزییات را تا حد ممکن بر اساس علم خود در مورد بیمار، گزارشات پزشکی و تست های آزمایشگاهی ثبت کنند.

نکته: کووید - 19 را بعنوان علت زمینه ای مرگ انتخاب کنید. چون علل مرگ در بیش از یک خط در بخش اول گزارش شده است ، وضعیت بیماری (که در پایینترین خط گزارش شده است) کووید - 19 (میتواند همه عللی که در خطهای بالا جدول ثبت شده اند) مانند پنومونی و سندروم دیسترس حاد تنفسی را ایجاد کند.

نکته : افراد با کووید- 19 ممکن است بعلاوه سایر بیماریها یا حوادث فوت کنند ، اینگونه موارد ، مرگ ناشی از کووید- 19 نیستند و نباید به این عنوان ثبت شوند. در مواردی که شما فکر می کنید کووید -19 باعث تشدید عوارض ناشی از تصادف و سانحه شده است، شما ممکن است کووید -19 را در بخش دوم گواهی فوت ثبت کنید.

۱۵ - مدارک مورد نیاز قبل از بستری بیماران جراحی الکتیو: پاسخ کلیه آزمایشات، درخواستهای رادیولوژی، مشاوره ها، درخواستهای رادیولوژی، مشاوره ها و اکو بیمارانی که به صورت الکتیو بستری می شوند بایستی قبل از تشکیل پرونده آماده باشد و در زمان تشکیل پرونده، بیماران با مدارک مورد نیاز بستری شوند.

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.

اصلاح اصولی موارد ثبت شده اشتباه: روی مطالبی که به اشتباه ثبت شده به گونه ای که مطالب زیر آن قابل خواندن باشد خطی بکشید (با ذکر کلمه اصلاح شد) سپس مطالب صحیح یادداشت شود و در پایان گزارش و یا دستورات پزشک تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شود و سپس امضاء و مهر گردد.

در مستندات و گزارشات مربوط به بیمار نباید هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط گیر) استفاده شود.

تمامی اطلاعات بایستی به زبان فارسی یا انگلیسی در پرونده درج گردد.

در پرونده نویسی از اختصار اجتناب گردد و اگر اختصار استنادی را بکار می برید در نگارش اول تکمیل آن اختصار را بنویسید. لیستی از اختصاراتی که مجاز به استفاده از آن ها در پرونده بالینی بیماران هستید در هر بخش موجود می باشد.

تمامی مستندات با خودکار آبی و مشکی نوشته شود و جوهر آن باید دارای ثبات باشد.

تمامی مستندات بایستی واضح، مداوم و پیوسته باشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است. اگر ثبتیات قابل خواندن نیستند، ثبت کننده بایستی از ابتدا ثبتیات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد چرا نوشته فوق را مجدداً تکرار کرده است و اکید 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.

زمان و تاریخ ثبت تمامی اطلاعات ثبت شده مشخص باشد و تمامی مستندات دارای امضاء و مهر ثبت کننده باشد.

هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته ها و امضای انتهای آنها وجود نداشته باشد.

نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده ثبت گردد. بدیهی است نام و نام خانوادگی بیمار بایستی توسط اولین شخصی که در برگ مبادرت به درج اطلاعات می نماید در سربرگ فرم ها بایستی نوشته شود. مابقی اطلاعات توسط منشی تکمیل می گردد.

مستندات و ثبتیات پرونده بایستی حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آن ها را درخواست نموده پاراف گردد. اگر گزارشات به صورت 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 و ثبت گردد.

هر پرونده بایستی نشان دهنده لیستی از مشکلات بیمار باشد تا بیماریها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. مستند سازی باید به هنگام باشد و اگر گزارشی در چارچوب زمانی معین شده ثبت نگردد و بعد از این زمان تکمیل گردد و یا گزارشی یا توضیحی فراموش شده باشد تحت عنوان **Late entry** (یادداشت های تاخیری) در پرونده اضافه گردد و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستند ساز تکمیل گردد.

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

تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماریهای همراه و سایر عوارض می باشد. در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود و عبارت تشخیصی باید تا حد امکان باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیکی درگیر را به دقت مشخص نماید و از ثبت علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم در قسمت مربوطه در برگ پذیرش به زبان انگلیسی و به صورت کامل توسط جراح ثبت گردد. در صورت استفاده از وسیله و یا پروتزی که در بدن بیمار باقی می ماند ذکر نوع آن الزامی است.

در صورت مراجعه بیمار به علت صدمات یا مسمومیت ها ذکر علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.

در صورت انجام تغییرات در لیست آنکالی مراتب را به بیمارستان ، اورژانس و دفتر پرستاری اطلاع دهید.

در اولین فرصت پزشکان محترم بیهوشی و جراحی نسبت به مهر و امضاء نمودن نسخ دارویی، لوازم مصرفی اتاق عمل و ... اقدام نمایند.

در صورت انجام عمل سزارین حتما علت سزارین در برگ رضایت سزارین ذکر و این برگ مهر و امضاء شود.

افراد کمتر از ۱۸ 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 مدارک مورد نیاز به پذیرش مراجعه نمایند.

در صورتیکه اعمال جراحی مربوط به تنظیم خانواده باشد رضایت همسر بیمار در هنگام بستری الزامی است. لذا اگر پزشکان محترم شخصا مبادرت به نوبت دهی می نمایند حتما بیماران را در خصوص حضور همسر و همراه داشتن مدارک لازم از جمله شناسنامه ها راهنمایی نمایند.

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

خواهشمند است در مورد تکمیل، ثبت دقیق و صحیح مندرجات پرونده بیماران با مسئولین و منشی های بخش همکاری نمائید. بدیهی ست کارشناسان مدارک پزشکی موظف به کنترل و پیگیری تمامی نواقص تا زمان رفع کامل نواقص می باشند و میزان نواقص پرونده ها، روند رفع نقص و نحوه همکاری همکاران پزشک به صورت ماهانه به ریاست بیمارستان گزارش می گردد.

(باز بینی ۱۴۰۱/۰۹/۰۱)