

# اصول مستندسازی پرونده پزشکی

# مقدمه

❖ 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 و اصلی ترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است.

# کاربردهای پرونده های پزشکی

- 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
- پیشتنبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی

# کاربردهای پرونده های پزشکی

- به عنوان يك سند قانوني براي سازمان هاي بيمه، پزشكي قانوني، دادگاه و ساير نهادهاي رسمي
- به عنوان يك منبع اطلاعاتي ارزشمند براي تحقيقات پزشكي
- جهت تهيه اطلاعات براي محاسبه هزينه هاي درماني
- به عنوان منبعي مفيد براي آمارهاي سلامت
- كمك به آموزش دانشجويان علوم پزشكي(به خصوص رشته هاي پزشكي و پرستاري)

❖ 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 يك پرونده پزشکی، دقیقا وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است. بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، يك نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است .

# مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

## ۱. ثبت ناقص اطلاعات

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 و ...) 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.

# مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

## ۲. ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات

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. 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.

# مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

## ۳. استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی است

طبق اصول مستندسازی 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 می کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می شود.



## مستدسازان پرونده پزشکی بیمار

- مسنولين پذيرش بيمار: ثبت اطلاعات دموگرافيكي
- پزشكان: ثبت مشاهدات و دستورات
- پرستاران و ماماها: ثبت اقدامات باليني و مراقبت هاي پرستاري
- ساير گروه هاي مرتبط: راديولوژي ، آزمايشگاه ، فيزيوتراپي

## اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی

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 پزشك معالج و....) بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.

## اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی

۴. کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تائید و تصدیق گردد. در مراکز آموزشی درمانی، تائید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) صورت گیرد.

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.

• ۱-۶ جوهر ها باید دارای ثبات باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند)

## اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی

۷. مستندات و ثبوتات 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 .

■ ۹-۱ در صورت فراموش شدن يك 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.

## اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی

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 .

■ ۱۰-۱: اگر ثبتيات قابل خواندن نیستند ، ثبت کننده از ابتدا ثبتيات را در سطر بعدي 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 باشد و حتماتاریخ و امضاء داشته باشند .

■ ۱۰-۲: انسجام موارد ثبت شده الزامی است بطوری که در پرونده های دستی ، موارد ثبت شده باید بلافاصله در سطر یا فضاي موجود بعدي، مستند شوند و تمام خطوط باید بترتیب پر شوند. هیچ فاصله خالی یا قابل استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند.

## اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی

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.

۲۱. 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.

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

## اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی

۴۱. هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP ( Subjective & objective-assessment - plan ) مستند گردد.

۵۱. 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.

## اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی

۶۱. 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.

۷۱. کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور باذکر تاریخ و زمان تایید شوند.



# 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	۴ 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
گزارشات مشاوره	بلافاصله پس از انجام مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارشات جراحی	بلافاصله بعد از عمل	۲۴ ساعت پس از انجام جراحی
گزرش اقدامات خاص	بلافاصله بعد از انجام اقدام	۲۴ ساعت پس 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

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.

# مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

## ۱. فرم پذیرش و خلاصه ترخیص

- تمامی اطلاعات هویتی و دموگرافیک مربوط به بیمار از روی مدارك شناسایی معتبر ثبت شوند.
- پزشك معالج مكلف است كه تشخیص های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زیان انگلیسی و به صورت کامل ثبت کند.
- وضعیت بیمار به هنگام ترخیص، 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
- امضاء مسئول پذیرش ، مهر و امضاء پزشك معالج پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده ، مهر و امضاء رزیدنت (در بیمارستان های آموزشی) و امضاء سرپرستار بخش الزامی است.

# مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

## ۲. فرم خلاصه پرونده

- پزشك معالج بایستی پس از دستور ترخیص، اقدام به تکمیل این فرم نماید
- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار الزامی است
- 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
- مهر و امضاء پزشك معالج الزامی است.
- وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است ( لازم به توضیح است که کپی این فرم باید به بیمار داده شود).

# مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

## ۳. فرم شرح حال و معاینه بدنی

- فرم شرح حال و معاینات بدنی باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش، توسط پزشك معالج تکمیل گردد.
- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار الزامی است .
- 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.
- پزشك 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.
- مهر و امضاء پزشك 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 پزشك متخصص مربوطه نیز تایید(مهر و امضاء) گردد.

## مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

### ۴. 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:
  - یادداشت های پذیرش بیمار
  - یادداشت های بعدی
  - یادداشت های نهایی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص ، توصیه های زمان ترخیص شامل فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ).
- مهر و امضاء پزشك الزامي است. در مراکز آموزشی - درماني اگر فرم سیر بیماری توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشك مسئول نیز تایید(مهر و امضاء) گردد.

# مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

## ۵. فرم دستورات پزشك

- ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است.
- دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.
- مهر و امضاء پزشك در پایان دستورات الزامی است.
- پرستاران بایستی به شکلی ( معمولاً با علامت چك مارك ) در فرم دستورات پزشك نشان دهند که دستورات اجرا شده است . تاریخ و ساعت چك شدن دستور توسط پرستار باید ذکر شود.
- دستورات پزشك مشاور: باید به تایید پزشك معالج رسانده شود.
- وقتی که پزشك بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی به پرستار می دهد، پرستار باید آن را در فرم دستور پزشك نوشته و همچنین اسم پزشك را مشخص نماید، زمان صدور دستور و امضاء خودش را نیز باید مشخص نماید و پزشك نیز باید در اسرع وقت دستورات تلفنی خود را امضاء و مهر نماید. دستورات شفاهی (تلفنی) باید توسط دو پرستار تایید و امضاء شود.
- مهر و امضای پرستار الزامی است

## مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

### ۶. فرم گزارش پرستار

- گزارش پرستار باید نشان دهنده مشاهدات عینی پرستار از تغییرات بالینی ، رفتاری و روحی بیمار، و مداخلات مجاز پرستاری باشد
- ثبت تاریخ و ساعت گزارشات الزامی است.
- 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 .
- انتهای هر گزارش باید با خطی بسته شود

# اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی و مستندات از قلم افتاده

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
- 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.



## اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی و مستندات از قلم افتاده

- 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.
- ۲-۱: 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.
- ۳-۱: لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

## اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی و مستندات از قلم افتاده

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.

■ 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.

## اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی و مستندات از قلم افتاده

❖ 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.

## اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی و مستندات از قلم افتاده

**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 می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

## اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی و مستندات از قلم افتاده

### روش اضافه کردن اطلاعات:

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

## اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی و مستندات از قلم افتاده

- **۲-۳ . ثبت توضیحات:** نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می باشد.
- اینگونه یادداشتهای برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.
- ❖ 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.

## رفع نقص پرونده پزشکی

۱. در بخش مدارك 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 نشود، ابتدا بصورت شفاهی اخطار داده می شود و در صورت تکرار مسئول مدارك پزشکی درخواست تذکر کتبی را از مدیریت دارد.