

# قواعد مستند سازی پزشکی

دکتر منصوره حیدری

# تعاریف

## ▶ مدارک پزشکی

▶ یکسرس اطلاعات نوشتاری و گرافیکی است که حقایق و رویدادهای دوره ارائه مراقبت و درمان بیمار را مستند می کند.

## ▶ گزارش پزشکی

▶ بخشی از مدارک پزشکی است و یک سند قانونی دائمی محسوب می شود که به صورت رسمی فرآیندهای تشخیص بیمار و متوفی را بیان می کند.

## ▶ مستندسازی

▶ فرآیند ثبت کامل اطلاعات مربوط به ارائه مراقبت های سلامت (واکسیناسیون، چک آپ) و درمان بیمار و یا شرایط یا علل مرگ متوفی است.

# اهمیت و اهداف مستندسازی پزشکی

- ▶ جهت تهیه مدارک مستند از جریان بیماری و درمان بیمار
- ▶ ابزار ارتباطی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی درمانی
- ▶ ارزیابی مراقبت بهداشتی درمانی
- ▶ مدرک قانونی
- ▶ پژوهش و آموزش
- ▶ اعتباربخشی و تایید مراکز درمانی
- ▶ بازپرداخت هزینه های درمانی توسط ادارات بیمه

# دستور العمل های مستندسازی پزشکی

- ▶ الف- چگونه مستندسازی انجام شود ( How )
- ▶ چه چیزی مستند شود ( What ).
- ▶ چه موقع مستند شود ( When ).
- ▶ چه کسی مستند کند ( Who ).

# How to Document

مستندسازی داده های پرونده بهداشتی درمانی باید دارای ویژگی های زیر باشد.

▶ صحت Accuracy : داده ها باید درست، خوانا و معتبر باشند.

▶ بهنگام بودن Timelines : اطلاعات مرتبط با اقدامات تشخیصی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

▶ کامل بودن Completeness : سازمان بهداشت جهانی کامل بودن را به ((وجود کلیه داده های لازم)) تعبیر می کند.

► با کفایت بودن ( Adequacy ) یعنی روشن و گویا بودن و بر وجود پیوستگی منطقی میان داده ها دلالت داشتن

### نکات مهم در ثبت:

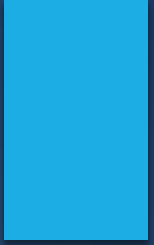
1. تفسیر، مشکل درمان، ارزیابی
2. آموزش:
3. درمانهای دارویی
4. توصیف مشکلات:
5. گزارش حوادث:
6. مشخص شدن زمان هر پاراگراف:
7. فعلها زمان داشته باشد:
8. از گرامر صحیح استفاده شود:
9. اطلاعات ارتباطی به صورت خوانا باشد:
10. استفاده از خودکار مشکی یا آبی:
11. ثبت امتناع بیمار از مصرف دارو یا مراقبت
12. ثبت برنامه ترخیص:



# what

- ❖ تاریخچه کامل ، شامل شکایات اصلی و بیماری کنونی ، تاریخچه فامیلی و اجتماعی  
بخصوص سوء استعمال الکل یا مواد
- ❖ سیربیماری برای کلیه ویزیت های انجام یافته شامل درج کلیه تغییرات و باعدم تغییرات  
دروضعیت بیمار
- ❖
- ❖ ثبت کامل کلیه تشخیص ها
- ❖ ثبت کلیه اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام یافته
- ❖
- ❖ ثبت داروهای تجویز شده ، درمان های ارایه شده و نمونه های گرفته شده و این که به کجا  
ارسال شده اند
- ❖
- ❖ فرم های رضایت برای درمان ، اقدامات درمانی و جراحی که توسط فردامضای شده  
است



- 
- درج هرگونه واکنش یا پاسخ بعداز شروع درمان دارویی ویا بعد از اقدامات
- ذکر موارد مربوط به **عدم همکاری بیمار**، عدم موفقیت در پیگیری توصیه ها، عدم توفیق در مراجعات بعدی همچنین تماس های تلفنی و نامه های پیگیری درمان
  - کلیه نتایج آزمایشگاهی ، رادیوگرافی و... حاوی تاریخ دستور داده ها ، تاریخ دریافت و همچنین تاریخ بررسی

□ تاریخ و مشخصات پزشك درخواست کننده ، مشاوره کننده ، همچنین جواب مشاوره به صورت کتبی و یا شفاهی

□ ثبت مشکلات پیش آمده برای بیمار، پاسخ جهت رفع مشکلات به همراه ساعات و تاریخها

□ ثبت دقیق هر پروسه شامل: تاریخ، ساعت، امضاء

□ بهتر است فرمهای مربوط به هر شخص یا هر بخش آماده و چاپ شده و به صورت **فلوچارت** یا **چک لیست** باشد. (بخصوص فرمهایی که بیماران باید پر کنند)

□ ثبت دقیق و منظم **تعویض شیفتها**

□ دقت در تحویل و یادداشت شیفتها و لوازم و گزارش آنها در برگه های مخصوص به هر بخش

□ ثبت هرگونه ورود و خروج بیمار

□ **درگزارش هاي جراحي** که به سرعت پس از عمل ديکته يانوشته مي شود ، نام جراح اوليه و دستيارش ، يافته ها، اقدامات فني مورد استفاده ، نمونه هاي برداشته شده ، تشخيص پس از عمل ثبت مي شود.

□ **گزارش جراحي** کامل، توسط جراح امضاء مي شود و به سرعت پس از عمل در پرونده پزشکي گنجانده مي شود.

□ **درمستندات پس از عمل** ، علائم حياتي بيمار و سطح هوشيار ي، داروها(شامل مايعات داخلي و وريدي)، خون و اجزاء آن ، هر حادثه غيرمنتظره يا عوارض پس از عمل و مديريت و درمان عوارض حوادث(وقايع) ثبت مي شود.

□ تمام مستندات مدارك پزشکی باید دارای تاریخ و امضاء باشد  
و هویت نویسندگان آن باید مشخص باشد ،

□ هنگامی که بیمار برای مراقبت های سرپایی و اورژانسی پذیرش  
ویزیت می شود ، بیمارستان باید بتواند به سرعت تمام اجزاء پرونده  
بیمار را ، بدون توجه به موقعیت آنها در بیمارستان ، گردآوری کند.

### در مستندسازی رعایت یکسری اصول الزامی می باشد:

1. گزارش بایستی هدفمند باشد.
2. ارتباط تیمی و یا تلفنی گزارش قید شده باشد
3. شرح کامل واقعه بایستی ذکر شده باشد.
4. ارتباط بین هدف و نتیجه در پروسه درمان و بین اعضاء تیم درمان قید شده باشد.
5. خلاصه و خوانا باشد
6. وضعیت تحرک بیمار ذکر شده باشد.
7. فعالیت تیم درمان به سوی هدف واحد هدایت شده باشد
8. شرح واقعی از وضعیت اقامت بیمار در بیمارستان بیان شده باشد.
9. نقش خانواده در همکاری در درمان منعکس شده باشد
10. تیم درمانی بایستی توجیه شده باشند که هرگونه خطا و سهل انگاری منجر به بازخواست های قانونی در محاکم قضایی می شود.



چه موقع مستند شود  
( When)

# When

- مراقبت و درمان را به هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.
- هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.

## چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

پرونده تحت نظر اورژانس ۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس

شرح حال ۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از اجرای طرح درمان

گزارشهای مشاوره ۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره

گزارش عمل جراحی ۲۴ ساعت پس از انجام عمل

گزارش اقدامات خاص ۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام

خلاصه پرونده تا قبل از تسویه حساب بیمار

چه کسی مستند کند  
(Who )

# Who

► □ تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند، مستندساز نامیده می شوند؛ زیرا آنها به ترتیب زمانی، حقایق و مشاهدات دائمی در باره سلامت بیماران را ثبت می کنند.

► □ هر قدر مشغله کاریتان زیاد باشد از دیگری نخواهید که مستندات شما را کامل کند و هرگز مستندات فرد دیگری را کامل نکنید.

# Who

۱-مسؤلین پذیرش بیمار (با ثبت اطلاعات دموگرافیکی)

۲-پزشکان (با ثبت مشاهدات و دستورات)

۳-پرستاران (با ثبت اقدامات بالینی مراقبتهای پرستاری)

۴-سایر گروههای مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و)....



# خطاهای شایع در مستندسازی مدارک پزشکی

# خطاهای شایع در مستندسازی مدارک پزشکی

- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی

# خطاهای شایع در مستندسازی مدارک پزشکی

□ وجود خط و فضاي خالی بين خطوط ثبت شده گزارش

نویسی

□ امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر

□ تحریف گزارش

□ وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش

□ ناخوانا بودن گزارش

# خطاهای شایع در مستندسازی مدارک پزشکی

- عدم تطابق محتوي گزارش با استانداردهاي حرفه اي
- محتوي گزارش منعكس كننده نيازهاي بيمار نباشد
- محتوي ناقص يا بي ثبات
- محتوي توصيف كننده موارد غير عادي نباشد
- محتوایی كه منعكس كننده دستورات طبي نباشد.

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

تکمیل کننده	آیتمهای ناقص	نوع نقص
بزرگ معالج	تکمیل برگ خلاصه پرونده توسط متخصص بیهوشی به جای پزشک معالج	فراموشی بودن یا عدم صلاحیت تکمیل کننده مدارجات فرم
بزرگ معالج	شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه - تشخیص نهایی - نتایج آزمایشات - سر بیماری - وضعیت بیمار هنگام ترخیص - توصیه های پس از ترخیص - نام و امضای پزشک	توجه نشدن مدارجات فرم



تكميل كتنده	آيتمهای ناقص	نوع نقص
پرستار بخش	کليه آيتمها :تشخيص-نام عمل جراحي و.....-در سمت راست برگ مهر و امضاء سرپرستار بخش	لوحه نشدن
پرستار بخش	نداشتن مهر و امضاي پرستار يا ماما -نداشتن دستور پرستار جهت انجام بيهوشي اسپينال- برگه مراقبت قبل و بعد از عمل تكميل نشده -عدم وجود دستور ترخيص -برگه خلاصه پرونده توسط متخصص بيهوشي نوشته شده نه پرستار بخش	لوحه نشدن
پرستار اتاق عمل	قسمت بررسي پرستار اتاق عمل در سمت چپ برگ -مهر و امضاي پرستار اتاق عمل	لوحه نشدن

## دستور العمل تصحيح خطا:

- ▶ بايد به دور مستندات داراي خطاي يك خط كامل كشيده و در بالاي آنها بطور واضح نوشته شود **"اشتباه"** و اطلاعات صحيح در بالاي آن ثبت گردد. فردي كه تصحيح خطا را انجام مي دهد بايد آن را امضاء کرده و تاريخ انجام اصلاح را درج نمايد.
- ▶ هرگز نبايد گزارشات پرونده پزشكي پاك شوند.
- ▶ اشتباهات نبايد با لاک غلط گیر محو شود.

► تصحیحات باید به گونه ای انجام شود که رویت داده نادرست بوضوح و به سهولت دیدن اطلاعات صحیح باشد.

► در صورت وجود فضای خالی بین خطوط گزارشات بایستی یک خط در این فضای خالی کشیده شود تا از تحریف جلوگیری شود.

► اگر مطلبی بطور تصادفی از قلم افتاده است ، لازم است آن مطلب بعد از آخرین مستندات (همراه با توضیح حذف شدگی و علت قرار نگرفتن آن در سیر و توالی منطقی مطالب) درج گردد.

مواردی که در طی **تحلیل قانونی** مدنظر قرار می  
گیرند عبارتند از :



- مغایرت ها و ناهمسانی ها:

- مغایرت در ثبت تاریخ پذیرش
- ناهمسانی داده های ثبت شده مربوط به سن و جنس توسط افراد مختلف
- مغایرت تشخیص ها در گزارشات مختلف
- مغایرت زمان مرگ یا تولد

## • موارد حذف شده:

- عدم ثبت زمان ورود بیمار به اورژانس
- ناقص بودن گزارش شرح حال و معاینه فیزیکی
- ناقص بودن گزارش سیر بیماری
- ناقص بودن خلاصه پرونده



► وقفه های زمانی غیر قابل توجیه:

وقفه های زمانی در مورد مشاوره بیماران  
اورژانسی

## • دستکاری ها:

- پاک شدگی ها
- محوشدگی ها
- یادداشت در حاشیه ها
- مرکب های مغایر
- دستخط های مختلف



- فقدان اطلاعات آموزشی به بیمار:

- عدم وجود مستندات در مورد محدودیتهای فعالیتی بیمار
- عدم وجود گزارش در خصوص توضیح عوارض جانبی داروهای تجویز شده برای دوره پس از ترخیص بیمار و نیز درک بیمار از این موضوع

جهل به قانون رافع مسئولیت نیست.

هرکس بایستی پاسخگوی آثار و نتایج حاصل از اعمال خویش باشد.

بدون گزارش پرستاری دقیق، کادر درمانی نمی توانند نتیجه گیری درست از روند درمان بنمایند.

گزارش صحیح ضامن سلامتی بیمار و حامی مراقبت دهندگان می باشند.

با تشکر از صبوری شما



