



بسمه تعالی

اهمیت مستند سازی در درمان

دکتر علی رضایی

مدیر کل پزشکی قانونی استان مرکزی

امروزه علي رغم تلاشهاي پزشكان ،دندانپزشكان و ساير
كاركنان بخش بهداشت و درمان با وجود بهره وري از
امكانات در دسترس ميزان نارضايتي و شكايت بيماران رو به
افزايش ميباشد

بطور کلی مستندات باید دارای ویژگی های زیر باشد :

- کامل بودن (Completeness) از لحاظ کمی

—دقیق بودن (Accuracy) به معنی فاقد اشتباه بودن

—با کفایت بودن (Adequacy) یعنی روشن و گویا و وجود پیوستگی منطقی میان داده ها

فواید مستند سازی در استاندارد سازی

- 1- حیطة وظائف و مسئولیتهای افرادی که به خوبی مشخص می گردد.
- 2- از انتظارات و توقعات بی جا جلوگیری می نماید
- 3- باعث تسهیل و سرعت بخشیدن به امور می گردد .
- 4- از نگرانیها و اضطرابات در اثر ندانم کاریها جلوگیری می شود.
- 5- از دوباره کاریها پرهیز می گردد.
- 6- کار یا وظیفه ای معلق نخواهد ماند و هر کسی جایگاه خویش را به خوبی می یابد .
- 7- در مواقع اضطراری و خطر، غافلگیری بوجود نخواهد آمد
- 8- باعث توانمندسازی کارکنان می گردد

جایگاه مستند سازی در استانداردهای ISO

یکی از مهمترین ابزارها در استقرار سیستم مدیریت کیفیت، مستند سازی مؤثر، دقیق و کارا می باشد.

استانداردهای ایزو معتقد است که مستند سازی صحیح، کلید اصلی حل مشکلات اجرایی می باشد، زیرا تنها از این راه است که از اقدامات انجام شده می توان مطمئن شد

که کارها بدرستی و با دقت، تعریف شده اند و افراد مسئولیتهای خویش را بطور صحیح درک و انجام میدهند

● 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.

● تصحیح کردن ها باید به گونه ای انجام شود که داده نادرست بصورت واضح و به سهولت دیدن اطلاعات صحیح باشد.

● در صورت وجود فضای خالی بین خطوط گزارشات بایستی یک خط در فضای خالی کشیده شود تا از نوشتن، توسط دیگران جلوگیری شود.

● اگر مطلبی بصورت ناخواسته از قلم افتاده است ، لازم است آن مطلب بعد از آخرین مستندات (همراه با توضیح علت حذف شدگی مطالب) درج گردد.

مواردی که در بررسی های قانونی مدنظر
می باشد عبارتند از :

● 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

● 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

● وقفه های زمانی غیر قابل توجیه:

وقفه های زمانی در مورد مشاوره بیماران
اورژانسی

وقفه زمانی در ثبت گزارش عمل جراحی

● دستکاری ها:

—پاک شدگی ها

—محوشدگی ها

—یادداشت در حاشیه ها

—مرکب های مغایر

—دستخط های مختلف

● کمبود نظارت بر انترن ها و رزیدنت ها:

– عدم وجود هرگونه تائید امضاء در گزارشات یا دستورات ثبت شده توسط انترن و یا رزیدنت

● فقدان رضایت آگاهانه و برائت:

– عدم وجود یادداشتی دال بر اعلام تهدید و خطر ناشی از اقدامات و درمانها برای بیمار

● فقدان اطلاعات آموزشی به بیمار:

– عدم وجود مستندات در گزارش بعد از عمل جراحی در مورد محدودیت 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

● مستندات خوانا نمی باشد

● وجود توضیحات اضافی که حاکی از بی معنایی یا پوچی کلام، غیر حرفه ای بودن گفتار، گنگی مطالب، و یا بی توجهی باشد

● اهمیت مستند سازی:

- 1 - دقت بالایی نگهداری اسناد پزشکی و استفاده به موقع از آنها
- 2 - پائین آوردن ریسک اشتباه و خطا
- 3 - بالا بردن قدرت دفاع در برابر قانون
- 4- ارتقای کیفیت در مراقبت بهداشتی
- 5- بالا رفتن کیفیت اطلاعات

موارد نقص مشاهده

شده در پرونده ها :

بسیاری از خدمات ارائه شده برای بیماران ثبت
نمی شود و همکاران شفاها به خدمات ارائه شده
برای بیمارشان اشاره می نمایند

تشخیص نهایی و نوع عمل جراحی در پرونده
ها ثبت نمی گردد و یا توسط **منشی بخشها**
در برگه پذیرش ثبت می شود

برگه پذیرش فاقد مهر پزشک معالج و یا به
جای آن، پرونده ممهور به مهر رزیدنت
می باشد

در اکثریت موارد نوشته های ثبت شده
بر روی اوراق پرونده فاقد امضاء ،
مهر پزشک و تاریخ و ساعت می باشد

در برگه خلاصه پرونده

— تشخیص نهایی

— اقدامات درمانی

— اعمال جراحی

— مهر استاد

ثبت نشده است

برگ سیر بیماری تکمیل نمی گردد و پرونده فاقد
این برگه می باشد

برگ شرح حال بیمار یا به طور کامل ثبت
نشده یا اصلا در پرونده موجود نمی باشد

در برگه بیهوشی :

نوع بیهوشی

مهر پزشک بیهوشی دهنده

و سایر اطلاعات برگ بیهوشی ثبت نشده است

**برگ مراقبت قبل و بعد از عمل جراحی در
بیشتر موارد تکمیل نمی شود**

در برگ گزارش عمل جراحی تشخیص قبل و بعد از جراحی ثبت نشده

و یا در صورت ثبت ، تشخیص ثبت شده با برگ
خلاصه پرونده و پذیرش **مطابقت ندارد** و همچنین
برگ گزارش عمل جراحی فاقد مهر جراح و کمک
جراح می باشد

در اکثریت موارد **جواب** رادیوگرافی ،
آزمایشات و ... سایر اقدامات درخواست شده
در پرونده موجود نمی باشد

اهمیت و اهداف مستند سازی پزشکی

۱- ابزار ارتباطی بین متخصصان مراقبتهای بهداشتی و درمانی

۲- ارزیابی مراقبت بهداشتی درمانی

۳- مدرک قانونی

۴- پژوهش و آموزش

۵- اعتباربخشی و تایید مراکز درمانی

۶- بازپرداخت هزینه های درمانی توسط ادارات بیمه

۷- بهبود عملکرد

به خاطر داشته باشیم که :

در مسائل قانونی ، یک پرونده ناقص ،
انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص
است

**حذف جزئیات ، یک اشتباه مهم و عمومی در
مستند سازی پزشکی است**

مراجع قانونی رسیدگی به شکایات ناشی از
درمان، بر این نظر هستند که “آنچه در پرونده
ثبت نشده یعنی انجام نشده”

A sunset over a vast blue ocean with white text overlay.

**چگونه
مستند سازی
انجام شود؟**

— پرونده پزشکی باید خوانا باشد

پرونده بیمار شامل :

تاریخ ، شکایت اصلی بیمار ، شرح حال و معاینات
فیزیکی مناسب ، بررسیهای آزمایشگاهی ،

داده های مربوط به پرتونگاری و سایر خدمات
پیراپزشکی، ارزیابی و تشخیص بالینی و برنامه
مراقبت می باشد

**–بایستی تشخیص های کنونی و پیشینِ بیمار مستند
شود**

**–بایستی دلایل و نتایج پرتونگاری ، آزمایشات و سایر
خدمات پیراپزشکی مستند گردد یا در پرونده
پزشکی موجود باشد .**

-

در هنگام درخواست مشاوره :

درخواست پزشک ، نظریه مشاوره دهنده و هرگونه خدمات دستور داده شده باید وجود داشته باشد و یک گزارش در این خصوص ثبت شود

- لازم است عواملی که **سلامتی فرد** را تهدید می نماید
، مشخص شوند

- پیشرفت سلامتی بیمار شامل :
پاسخ به درمان ، تغییر اقدامات مرتبط با معالجه ، تغییر
در تشخیص پزشکی و امتناع بیمار از درمان ، باید
مستند شود .

برنامه مدون **مراقبت** بایستی شامل :

اقدامات درمانی و دارویی ، دفعات میزان استفاده از دارو ، هرگونه ارجاع و مشاوره ، آموزش بیمار یا خانواده او و دستورات ویژه جهت پیگیری ثبت شود

– کلیه مندرجات پرونده پزشکی باید دارای،
مهر، تاریخ و امضاء باشد

در صورتی که قصد استفاده از **علامت اختصاری** را در پرونده پزشکی داشتید بهتر است

برای بار اول به جای استفاده از اختصار ، مطلب مورد نظر را به طور کامل ثبت نمایید و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده نمایید زیرا امکان دارد یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود

چه موقع خدمات ثبت شود ؟

— بلافاصله بعد از انجام خدمت آن را ثبت نمایید

— هرگز **قبل از ارائه خدمت** ، مطلبی را ثبت نکنید زیرا احتمال ثبت مطالب نادرست وجود دارد و اطلاعات مربوط به عکس العمل بیمار نسبت به درمان ممکن است از قلم بیفتد

— هر قدر مشغله کاریتان زیاد باشد از دیگری
نخواهید که **مستندات شما** را کامل نماید و
هرگز مستندات فرد دیگری را کامل نکنید

به خاطر داشته باشیم که :

مسئولیت ثبت هر خدمت به عهده ارائه کننده آن
خدمت می باشد



شماره پرونده: Unit Number:

۶۰-۲۹-۲۸

برگ شرح حال

MEDICAL HISTORY SHEET

Physician:

پزشک معالج:

Ward:

بخش:

Name:

[Redacted Name]

Family Name:

[Redacted Family Name]

نام خانوادگی:

Date:

۱۴۶۶ - ۱۲ - ۲۶

Date of Admission:

Room:

اتاق:

Date Of Birth:

۱۳۵۶ - ۱۱ - ۱۱

Date of Birth:

Father's Name:

نام پدر:

Presenting Symptoms:

تظاهرات اصلی بیمار:

سینه درد

History Of Present Illness:

تاریخچه بیماری فعلی:

Dx → D.C.M

علائم سینه درد در طول تاریخچه

Disease History:

تاریخچه بیماریهای قبلی:

Present Drugtherapy & Other Addiction:

داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:

Referral To:

حساسیت به:

Family History:

سوابق خانوادگی:

Physical Examination & Clinical Investigation:

معاینات بدنی و بررسیهای بالینی:

Heart:

یوست:

Lungs:

چشمها:

Abdomen:

گوش:

Please Complete The Back Of The Sheet.

لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

شماره پرونده: ۲۸

سابقه بستری شدن:
دارد ندارد
دفعه بستری: ۲

برگه پذیرش و خلاصه ترخیص بیمارستان

نام خانوادگی:	نام:	نام پدر:	جنس:	وضعیت تاهل: متاهل <input checked="" type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	شماره شناسنامه:
تاریخ تولد:	محل تولد:	شناسنامه:	مذهب:	شغل:	محل کار:
سن:	سال:	ماه:	محل سکونت دائمی شهرستان:	محل سکونت دائمی شهرستان:	علی الحساب: ۵۰۰۰۰۰۰
آدرس و تلفن:	آدرس و تلفن: آدرس فوق	همراه یا معرف بیمار: همسر بیمار	تاریخ پذیرش:	بخش: گوارش	پزشک بستری کننده:
نوع پذیرش: سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> اورژانس <input checked="" type="checkbox"/>	تاریخ: ۸ ۷ ۰ ۷ ۲ ۰	ساعت: ۲۰،۴۲	نوع پذیرش: سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> اورژانس <input checked="" type="checkbox"/>	اطلاع داده شد.	نوع بیمه: X غیره بیمه آزاد
انتقال از بخش:	انتقال به بخش:	تاریخ:	انتقال از بخش:	تاریخ:	تاریخ:
آزمایشات و عکسبرداری (نتایج مهم):					
تشخیص اولیه (به زبان انگلیسی):					
تشخیص حین درمان (به زبان انگلیسی):					
تشخیص نهائی (به زبان انگلیسی):					
اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ (به زبان انگلیسی):					
علل خارجی (حوادث آسیبها و مسمومیتها) (به زبان انگلیسی):					
وضعیت بیمار هنگام ترخیص:	بهبودی <input type="checkbox"/>	بهبود نسبی <input type="checkbox"/>	ترخیص با میل شخصی <input type="checkbox"/>	مدت اقامت بیمار: روز	فوت نموده <input type="checkbox"/>
توصیه های پس از ترخیص:	مراجعه به پزشک در مانگاه	هفته دیگر	سایر موارد	تاریخ فوت:	ساعت فوت:
اتویسی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مشاوره: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تعداد مشاوره:	علت اصلی فوت:	علل زمینه ای فوت:	تاریخ فوت:
نام و امضاء سرپرستار بخش:	نام و امضاء رزیدنت:	نام و امضاء پزشک معالج:	نام و امضاء مسئول پذیرش:	شماره نظام پزشکی:	

پایان