

به نام خداوند بخشنده مهربان

اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی

Principles of Medical Documentation



دکتر سمیرا آرام

متخصص پزشکی قانونی - دارای مورد تخصصی

مستندات یا مدارک پزشکی

مجموعه اسناد و مدارک مربوط به خدمات بهداشتی، درمانی، پاراکلینیک، اداری و پشتیبانی ارائه شده به بیماران از زمان ورود تا هنگام خروج آنها از مرکز بهداشتی درمانی.



اهمیت و اهداف مستند سازی



- ابزار ارتباطی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی درمانی

- ارزیابی مراقبت های بهداشتی درمانی

- مدرک قانونی

- پژوهش و آموزش

- اعتبار بخشی و تایید مراکز درمانی

- بازپرداخت هزینه های درمانی توسط ادارات بیمه

- بهبود عملکرد

بنابراین :

- یک سند قانونی به حساب می آید.
- در صورت شکایت، بهترین مدافع و عامل تبرئه افراد مسئول در تیم بهداشتی درمانی است.
- گزارش نویسی دقیق، یک محافظ سرنوشت ساز قانونی برای تیم پزشکی است.
- عاملی یاری دهنده در پیشگیری از اشتباهات است.
- مستند سازی صحیح؛ پایه گذار مسئولیت پذیری و پاسخگوئی است.



دیدگاه حقوقی

مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاریهای درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که :
« آنچه در پرونده ثبت نشده؛ یعنی انجام نشده »



نکته مهم: "جهل به قانون رافع مسئولیت کیفری نیست".

اطلاعات ثبت شده توسط اعضای تیم درمانی باید به آسانی قابل بازیابی و خواندن باشد؛ زیرا مدارک پزشکی یک بیمار ممکن است
بوسیله **افراد بسیاری** خوانده شود.







مستندسازان پرونده پزشکی؟

○ مسئولین پذیرش بیمار

○ پزشکان، پرستاران، ماماها

○ ارایه دهندگان خدمات رادیولوژی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و ...

○ کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان

○ کارشناسان امور ترخیص

دستورالعمل های مستند سازی

- ☐ How to Document ?
- ☐ What to Document ?
- ☐ When to Document ?
- ☐ Who to Document ?



- چگونه مستندسازی انجام شود؟
- چه چیزی مستند شود؟
- چه زمانی مستند شود؟
- چه کسی مستند کند؟

دستورالعمل های مستند سازی

1) How to Document ?

(۱) چگونه؟

✓ Accuracy صحت

✓ Accessibility قابلیت دسترسی

✓ Comprehensiveness جامعیت

✓ Consistency پیوستگی داده ها

✓ Currency جاری و به روز بودن

✓ Definition تعریف داده ها

✓ Granularity دارای جزئیات بودن

✓ Precision دقت ارزش داده ها

✓ Relevancy مرتبط بودن داده ها

✓ Timeliness به هنگام بودن



دستورالعمل های مستند سازی

2)What to Document?

۲) چه چیزی؟

کتاب **ICD** (کتاب طبقه بندی بین المللی بیماریها، تمام بیماریها و حالات مرضی ممکن) توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) منتشر و هر ده سال یکبار ویرایش می گردد و در طرح جمع آوری اطلاعات بیماریهای بیماران بستری (ISC) که توسط وزارت بهداشت درمان در حال حاضر در کشور اجرا می گردد نیز از اطلاعات و راهنمایی های این کتاب کمک گرفته شده است.

کدهای گزارش شده بر اساس تشخیص ICD و یا اقدام و جراحی های انجام شده (کد کتاب تعرفه CPT) باید انعکاسی از مستندات در پرونده پزشکی باشد.

امتناع بیمار از پیگیری توصیه های پزشکی از جمله موارد مهمی است که باید در پرونده بیمار مستند شود.

دستورالعمل های مستند سازی

2)What to Document?



☐ چه چیزی؟

✓ در هر بار ویزیت بیمار:

- شکایت اصلی C.C
- بیماری کنونی P.I
- تاریخچه P.M.H
- معاینه فیزیکی P.E
- یافته ها
- نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه
- ارزیابی و تشخیص بالینی D.D- Assessment
- برنامه مراقبت Plan
- تاریخ و هویت خوانای متخصص مراقبت بهداشتی - درمانی

دستورالعمل های مستند سازی

3) When to Document?

۳) چه موقع؟

مراقبت و درمان باید در هنگام و یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت گردد.



هرگز **قبل** از انجام عملی مطلبی را ثبت **نکنید**.

دستورالعمل های مستند سازی

4) Who to document ?

(۴) چه کسی؟

تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند (مسئولین پذیرش بیمار - پزشکان، پرستاران، ماماها -
ارایه دهندگان خدمات رادیولوژی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و ... - کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت
و درمان - کارشناسان امور ترخیص) مستندساز نامیده می شوند زیرا آنها به ترتیب زمانی، حقایق و مشاهدات دائمی
درباره سلامت بیماران را ثبت می کنند.



مختصات محتوای گزارشات پزشکی مطلوب



✓ عدم استفاده از اختصارات و واژه های غیر استاندارد.

✓ حذف اختصارات از بخش های حیاتی تر پرونده بیمار مثل تشخیص نهایی، اقدامات انجام شده، علت فوت).

چند نکته مهم:

✓ حذف جزئیات، یک اشتباه مهم و عمومی در مستندسازی است.

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

✓ هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضاء باشد و عنوان و سمت فرد امضاء کننده مشخص باشد.

✓ حفظ محرمانه مدارک پزشکی مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین.

اصول مستند سازی



- عینی باشد.
- صریح باشد.
- از نقل قول مستقیم استفاده شود.
- بهنگام درج گردد.
- واضح و مداوم باشد.
- کامل باشد.
- خوانا باشد.

مستندسازی اصطلاحات پزشکی

تیم درمانی باید اطلاعات کاملی در زمینه اصطلاحات پزشکی داشته باشد.

برخی پزشکان از اختصارات و واژه های غیر استاندارد استفاده می کنند که عملکرد صحیحی نیست.

اختصارات باید از بخشهای حیاتی تر پرونده بیمار حذف شوند.

در صورت استفاده از اختصارات،(بجز موارد استثناء) بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده شود، چرا که ممکن است یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود و از طرفی استفاده کنندگان مختلف برداشتهای متفاوتی از این اختصارات داشته باشند که پی بردن به واژه صحیح، ضمن اتلاف وقت، گاهی غیرممکن است.



- بر اساس دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی :

پاک کردن مطلب اشتباه با استفاده لاک غلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت، عملکرد **نادرستی** است و بجای آن باید یک خط ساده روی

مطلب اشتباه کشید و کلمه (**Mistaken Entry**) را بالا یا کنار آن همراه با تاریخ، ساعت، نام، نام خانوادگی و امضا ثبت نمود.

اگر ثبت یک امر مقتضی را فراموش کردید و آن را بعد از سایر مستندات به پرونده بیمار اضافه کردید بایستی داده ی ثبت شده را به عنوان "**ورودی**

دیر ثبت شده" تحت عنوان (**Late Entry**) مشخص کنید.



قوانین عمومی مستندسازی پزشکی

مستند سازی در هر ویزیت و مواجهه با بیمار باید شامل موارد زیر باشد:

- شکایت اصلی یا دلیل مراجعه
 - تاریخچه
 - معاینه فیزیکی
 - یافته ها
 - نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه
 - ارزیابی و تشخیص بالینی
 - برنامه مراقبت
 - تاریخ و هویت خوانای متخصص مراقبت بهداشتی - درمانی
- مدارک پزشکی باید بطور کامل مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین، محرمانه حفظ شود.
- هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضاء باشد و عنوان و سمت فرد امضاء کننده مشخص باشد.

خطاهای شایع در پرونده نویسی

☐ از قلم افتادگی

☐ تصحیح نامناسب

☐ ثبت غیرمجاز

☐ قصور در ثبت اطلاعات وضعیت سلامت بیمار

☐ قصور در ثبت داروهای داده شده به بیمار

☐ قصور در ثبت اعمال پرستاری

☐ قصور در ثبت عکس العمل های دارویی

☐ قصور در ثبت تغییر وضعیت بیمار

☐ ثبت اشتباه روی پرونده بیمار



خطاهای شایع در پرونده نویسی

- **مغایرت‌ها و ناهمسانی‌ها** در ثبت تاریخ پذیرش، داده‌های ثبت شده مربوط به سن و جنس، مغایرت تشخیص‌ها در گزارشات مختلف، مغایرت زمان مرگ یا تولد.
- وقفه‌های زمانی غیرقابل توجیه مانند وقفه‌های زمانی در مورد مشاوره بیماران اورژانسی.
- دست خط‌های مختلف در یک گزارش.
- فقدان اطلاعات آموزشی به بیمار مانند عدم وجود مستندات در مورد محدودیت‌های فعالیتی بیمار.
- دستکاری‌ها شدگی‌ها.
- محو شدگی‌ها.
- یادداشت در حاشیه‌ها مرکب‌های مغایر.
- عدم وجود گزارش در خصوص جانبی داروهای تجویز شده برای دوره پس از ترخیص بیمار.





چهارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده بیمار بر اساس دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی

گزارشات	چهارچوب زمانی تکمیل
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
برگه انتقال بیمار	همزمان با انتقال بیمار

اصول صحیح درخواست مشاوره پزشکی



Request : درخواست پزشک.

Render : نظریه مشاور.

Report : یک گزارش ارائه شده باشد.

روش های مستندسازی سیر بیماری

روش اول:

A) Admit note.

B) Daily note /Progress note/ Treatment note/ Follow-up note.

C) Final note.

روش های مستندسازی سیر بیماری

روش دوم:

قدیمی The SOAP method

OLD: SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)

جدید The SOOOAAP method

NEW:

S O O O A A P
(Subjective, Objective, Opinion, Options, Advice, Agreed Plan)

SOAP Documentation

Subjective data

Information the patient tells you

Objective data

What the physician observes during the examination

Assessment

The impression of the patient's problem that leads to diagnosis

Plan

The treatment plan to correct the illness or problem



از توجه شما سپاسگزارم