

# اصول مستند سازی اطلاعات پزشکی و خطاهای شایع

**Principles of Medical  
Documentation And  
Common Errors**

چگونه مستندسازی انجام شود ( How )

چه چیزی مستند شود ( What )

چه موقع مستند شود ( When )

چه کسی مستند کند ( Who )

چگونه مستندسازی انجام شود

( How )

# عيني بودن

- ✓ حقایق را ثبت کنید و نظرات شخصی خود را حین مستندسازی منعکس نکنید.
- ✓ به وسیله مستندسازی، چیزهایی که دیده، شنیده یا لمس می شوند، باید واضح و بدون سمت گیری باشند.
- ✓ علایم و نشانه ها را شرح دهید دقیقا آنچه را که مشاهده می کنید شرح دهید و آنچه را که می بینید مستند کنید ( فعالیت بیمار را شرح دهید نه آنچه را که فکر می کنید)

## صریح باشد

- ✓ برای ثبّتیات، باید از بیان صریح، به جای گفته های کلی و مبهم
- ✓ استفاده شود.
- ✓ حدسیات و گمان ها را مستند نکنید. ثبّتیات باید حاوی اطلاعات واقعی و حقیقی باشند.
- ✓ نمونه ای از عبارات کلی و مبهم « بیمار خوب بود، ظاهراً وضعیت خوبی دارد، وضعیت متعادل، مناسب و طبیعی و غیره »

## از نقل قول مستقیم استفاده شود

✓ لزوماً از کلمات دقیق بیمار استفاده کنید و نقل قول مستقیم بیمار را بنویسید. بین کلمات بیمار از آنچه شما مشاهده کرده اید با قرار دادن نقل قول بیمار در علامت نقل قول تفاوت قائل شوید بنابراین سایرین متوجه می شوند که جمله دارای علامت نقل قول دقیقاً چیزی است که بیمار گفته است.

مثلاً این مطلب که خانم حسینی اظهار نمود « من سر درد دارم » مشخص است و درد را توسط بیمار توصیف می کند.

✓ شنیده ها را ثبت نکنید نظیر آنچه که شخص دیگری درباره بیمار به شما می گوید. به عنوان مثال همسر خانم حسینی گفت «همسر من غذای اینجا را دوست ندارد»

# مستند سازي بایستی بهنگام باشد

✓ چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود. بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی ، تجویز داروها و انجام درمان ها اطلاعات مربوطه را همیشه بعد از دادن دارو یا انجام درمان و نه قبل از آن ثبت کنید.

✓ اگر ثبت يك امر مقتضي رافراموش كردید و آنرا بعد از سایر مستندات به پرونده بیمار اضافه کردید بایستی داده ی ثبت شده را به عنوان ورودی دیر ثبت شده مشخص کنید تحت عنوان (Late Entry).

# مستند سازي واضح و مداوم باشد

- ✓ کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد. رعایت املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.
- ✓ جمله (بیمار حمام شده در ویلچر در راهرو) جمله واضحی نیست. آیا منظور این است که بیمار حمام شده و سپس در راهرو بر روی صندلی چرخدار قرار گرفته است.
- ✓ اطلاعات بایستی باروش منطقی و متوالی ثبت شود و استمرار ثبت اطلاعات باید وجود داشته باشد.
- ✓ در هنگام نوشتن بین خطوط خط خالی یا فاصله نگذارید اگر مطالب به صفحه بعد کشیده می شود حتما " در انتهای صفحه می نویسیم (ادامه در صفحه بعد) و در ابتدای صفحه بعد هم می نویسیم (ادامه از صفحه قبل )



# کامل بودن

✓ تمام حقایق و اطلاعات مربوط به يك واقعه دوره درمان،

وضعیت بیمار، پاسخ بیمار به درمان ها و انحرافات از

استانداردهای مربوط به درمان و مراقبت (بخصوص دلایل

ایجاد چنین انحرافاتي) باید مستند شود.

✓ باید اطمینان حاصل شود که ثبتيات کامل هستند و حاوي تمام

اطلاعات حایز اهمیت مي باشند.

# خوانا بودن

- ✓ تعیین معیار برای خوانایی، چیز ساده ای نیست. به طور کلی خوانایی را می توان این گونه تعریف کرد که آیا يك یادداشت به وضوح و راحتی قابل خواندن است یا نه. تمام ثبیتات داخل پرونده باید خوانا باشند. ناخوانا بودن مستندات می تواند بیمار را در معرض مخاطرات زیادی قرار دهد. خوانا بودن مستندات، به سایر درمانگران کمک می کند و تداوم طرح مراقبت بیمار را تضمین می کند.
- ✓ اگر ثبیتات قابل خواندن نیستند، بهتر است ثبت کننده از ابتدا ثبیتات را در سطح بعدی تکرار کند و توضیح دهد، چنانچه نوشته فوق را مجدداً تکرار کرده است و تأکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است. اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، باید دقیقاً مشابه اولی باشند و حتماً تاریخ و امضا داشته باشند

چه چیزی مستند شود

( What )

- ✓ تاریخچه کامل ، شامل شکایات اصلی و بیماری کنونی ،تاریخچه فامیلی واجتماعی بخصوص تاکید بر سوء استعمال الكل یا موادو مشکلات خانوادگی واحساسی
- ✓ سیربیماری برای کلیه ویزیت های انجام یافته شامل درج کلیه تغییرات وباعدم تغییرات در وضعیت بیمار
- ✓ ثبت کامل کلیه تشخیص ها
- ✓ ثبت کلیه اقدامات درمانی واعمال جراحی انجام یافته
- ✓ ثبت داروهای تجویز شده ، درمان های ارایه شده ونمونه های گرفته شده واین که به کجا ارسال شده اند
- ✓ فرم های رضایت برای درمان ، اقدامات درمانی وجراحی که توسط فردامضای شده است

✓ درج هرگونه واکنش یا پاسخ بعد از شروع درمان دارویی  
و یا 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

✓ کپی مدارک و کلیه دستورالعمل های داده شده شامل تغذیه و راهنمایی  
های دیگر که به هر عضو خانواده بیمار تسلیم شده باشد

✓ تاریخ و مشخصات پزشک 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 تمامی مراحل از ورود بیمار تا ترخیص شامل: پذیرش ، رضایت نامه ، معاینه ، مشاوره ها، شرح عمل و...
- ✓ ثبت دقیق هر پروسه شامل :تاریخ ،ساعت ،امضاء
- ✓ نگارش کامل جزئیات هر پروسه (مثلا "نوشتن شکایت اولیه در برگ معاینه اولیه در قسمت pl و...)
- ✓ بهتر است فرمهای مربوط به هر شخص یا هر بخش آماده و چاپ شده و به صورت فلوجارت 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

✓ ثبت منظم آزمایشات و پاراکلینیک

✓ بیمارستان برای هر موردی که ارزیابی و درمان شده است پرونده پزشکی تشکیل می دهد و از آن نگهداری می کند

✓ فقط افراد مجاز می توانند در پرونده پزشکی داده (ورودی) ثبت کنند و یا به اطلاعات دسترسی یابند

✓ پرونده پزشکی شامل اطلاعات کافی برای تعیین هویت بیمار، حمایت از تشخیص بیماری، توجیه درمانهای انجام شده، مستند کردن دوره و نتایج درمان و تداوم مراقبت از بیماری در بین ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی می باشد

✓ پرونده پزشکی کاملاً "اقدامات جراحی یا سایر اقدامات و استفاده از بیهوشی را مستند می کند

✓ تشخیص قبل از عمل جراحی، توسط یک پزشک مستقل دارای پروانه، ثبت شود.

✓ در گزارش های جراحی که به سرعت پس از عمل دیکته یا نوشته می شود ، نام جراح اولیه و دستیارش ، یافته ها، اقدامات فنی مورد استفاده ، نمونه های برداشته شده ، تشخیص پس از عمل ثبت می شود.

✓ گزارش جراحی کامل، توسط جراح امضاء می شود و به سرعت پس از عمل در پرونده پزشکی گنجانده می شود.

✓ هنگامی که گزارش جراحی فوراً "در پرونده قرار داده نشود، باید سریعاً" یادداشت بیماری را در پرونده نوشت.

✓ در مستندات پس از عمل ، علائم حیاتی بیمار و سطح هوشیاری، داروها(شامل مایعات داخلی و وریدی )، خون و اجزاء آن ، هر حادثه غیرمنتظره یا عوارض پس از عمل و مدیریت و درمان عوارض حوادث (وقایع) ثبت می شود.



✓ پزشك مستقل داراي پروانه مسئول ، درمستندات پس از عمل جراحي ،  
برطبق معيارهاي ترخيص ، ترخيص بيمار از اتاق بهبودي رايست مي كند ،  
نحوه ترخيص بيمار ، مطابق بامعيارهاي ترخيص بطور كامل در پرونده  
پزشكي بيمار مستندي شود.

✓ تمام مستندات مدارك پزشكي بايدداراي تاريخ وامضاء باشد و هويت  
نويسندگان آن بايد مشخص باشد ،

✓ هنگامي كه بيمار براي مراقبت هاي سرپايي و اورژانسي پذيرش و ويزيت  
مي شود ، بيمارستان بايد بتواند به سرعت تمام اجزاء پرونده بيمار را ، بدون  
توجه به موقعيت آنهادر بيمارستان ، گردآوري كند.

چه موقع مستند شود

( 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.

چه کسی مستند کند

( 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.

۱- مسئولین 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

- ✓ 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



✓ 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

✓ 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 که منعكس كننده دستورات طبي نباشد.

DINO : شماره شناسنامه :		Marital status : وضعیت تاهل : Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد		Sex : جنس : Male <input type="checkbox"/> مرد Female <input type="checkbox"/> زن		Fathers Name : نام پدر :		Name : نام :		Family Name : نام خانوادگی :	
Place of Work : محل کار :		Occupation : شغل :		Religion : مذهب :		Place of ID : محل صدور شناسنامه :		Place of Birth : محل تولد :		Date Of Birth : تاریخ تولد :	
Address & Phone No : آدرس و شماره تلفن :											
Address & Phone No : آدرس و شماره تلفن :											
Admitting Physician : پزشک معرفی کننده :		Word : بخش :		Admission : پذیرش :		Admission : پذیرش :		Admission : پذیرش :		Admission : پذیرش :	
Age Of Residence : سن در محل اقامت :		Type Of Insurance : نوع بیمه :		Information To Police : اطلاع داده شد :		Order : به مرکز تشخیص :		Emergency : اورژانس :		Admission : پذیرش :	
Hospital : بیمارستان :		To Ward : به بیمارستان :		To Ward : به بخش :		To Ward : به بخش :		To Ward : به بخش :		To Ward : به بخش :	
Examination & X-Rays (Result) : آزمایشات و عکسبرداری (نتایج) :											
Case Code : کد بیماری :		Primary Diagnosis : تشخیص اولیه :									
Inlet Diagnosis : تشخیص محل ورود :		Final Diagnosis : تشخیص نهایی :									
Referral Cause : علت خارجی :		Referral Cause : علت خارجی :									
Referral Code : کد معرفی :		Operation & Other Procedures (With Date) : اعمال جراحی و سایر اقدامات با ذکر تاریخ :									
Discharge Without Physician Order : ترخیص بدون دستور پزشک :		Co-operative Improvement : بهبودی نسبی :		Recovered : بهبودی :		Condition on Discharge : وضعیت بیمار هنگام ترخیص :		Recommendation On Discharge : توصیه های پس از ترخیص :			
Date : تاریخ :		Return to OPD / Physician : بازگشت به مطب / پزشک :		Weeks Time : مدت زمان :		Discharge : ترخیص :		Discharge : ترخیص :			
Cause Of Death : علت فوت :		Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> : بله / خیر :		Outpatient : بیمارستان :		Discharge : ترخیص :		Discharge : ترخیص :			
Length Of Stay : مدت اقامت بیمار :		No. Of Consultation : تعداد مشاوره :		Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> : بله / خیر :		Discharge : ترخیص :		Discharge : ترخیص :			
Referral : مشاوره :		Referral : مشاوره :		Referral : مشاوره :		Referral : مشاوره :		Referral : مشاوره :			

# LETTER OF AUTHORIZATION

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت متخصص بیمار باشد (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد باید توسط ولی یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

## اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب ..... بیمار / ولی بیمار ..... ساکن .....  
 اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان .....  
 صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برانث پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام می دهند اعلام می دارم.  
 امضاء: ..... شاهد (۱) .....  
 تاریخ: ..... شاهد (۲) .....

## اجازه قطع عضو

اینجانب ..... بیمار / ولی بیمار ..... ساکن .....  
 اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان (نام عضو) .....  
 قطع نمایند و بدینوسیله برانث پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از اقدام فوق که در مورد انجام می دهند اعلام می دارم.  
 امضاء: ..... شاهد (۱) .....  
 تاریخ: ..... شاهد (۲) .....

## اجازه ترخیص یا میل شخصی

اینجانب ..... با میل شخصی خود برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان .....  
 این مرکز را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود، نمی دانم.  
 امضاء بیمار ..... امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار .....  
 (در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)  
 تاریخ: ..... شاهد (۱) .....  
 شاهد (۲) .....

## اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب ..... رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده بر پرونده پزشکی خود / بیمار خود را در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی توسط بیمارستان ..... اعلام می دارم.  
 امضاء بیمار یا ولی بیمار ..... شاهد (۱) .....  
 تاریخ: ..... شاهد (۲) .....

هزینه روزانه تخت در اتاق:	(خصوصی)	ریال (ایزوله)	ریال
	(دوتخته)	ریال (ICU)	ریال
	(سه تخته و بیشتر)	ریال (CCU)	ریال
هزینه همراه شب:	(نوزادان)	ریال (Post CCU)	ریال

بهای خدمات تشخیص درمانی مطابق تعرفه بیمارستانی می باشد.  
 اینجانب ..... بیمار / ولی بیمار دکتر .....  
 ترخیص خود / بیمار خود را بر این اساس بردارم.  
 امضاء: ..... تاریخ: .....  
 شاهد (۱): ..... شاهد (۲): .....

مدت زمان بستری بوم بیمار در بیمارستان، انجام رادیوگرافی ها، آزمایشها و سایر خدمات تشخیص و درمانی شما طبق دستورات پزشک معالج می باشد	ردیف	مبلغ سپرده	تاریخ پرداخت	شماره قبض صندوق

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



شماره درمانگاه: ۵۵۱ ۴۶۶۲		UNIT SUMMARY SHEET		VN ۳۶۳	
Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام خانوادگی:
Room:	اتاق پذیرش:	Bed:	تخت:	Date of Birth:	تاریخ تولد:
Admission:	تاریخ پذیرش:	Occupation:	شغل:	Father's Name:	نام پدر:
Discharge:	تاریخ ترخیص:	Material Status:	وضعیت تأهل:	Sex:	جنس:
		Married <input checked="" type="checkbox"/> متاهل		Male <input type="checkbox"/> مرد	
		Single <input type="checkbox"/> مجرد		Female <input type="checkbox"/> زن	
Home No: آدرس و شماره تلفن:					
History of the Patient & Primary Diagnosis: شکایات اصلی بیمار و تشخیص اولیه:					
Diagnosis: تشخیص نهایی:					
Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:					
Physical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:					
Cause of Death: سبب بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):					
Condition At the time of Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:					
Recommendation After Discharge: توصیه های پس از ترخیص:					
Physician's Name & Sign: نام و امضای پزشک معالج:					

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

PRE - OPERATION CARB SHEET				VIA 63	
Attending Physician: پزشک معالج: <b>D</b>		Ward: بخش: <b>HH</b>	Name: نام: <b>AA</b>	Family Name: نام خانوادگی: <b>AA</b>	
Date Of Admission: تاریخ پذیرش: <b>۱۹/۰۵/۱۳۸۵</b>		Room: اتاق: <b>۵۱</b>	Date Of Birth: تاریخ تولد: <b>۱۳۸۵/۰۵/۱۹</b>	Father's Name: نام پدر: <b>سیدرضا</b>	
تاریخ عمل جراحی: <b>۱۹/۰۵/۱۳۸۵</b>		تاریخ عمل جراحی: <b>۱۹/۰۵/۱۳۸۵</b>			
Review Of OP Room Nurses		Diagnosis: تشخیص:			
تأیید	O.K.	نام عمل جراحی: <b>سنت عمل</b>			
نظریه	Notes	Name Of Operation: <b>Left Right</b>			
		آماده نمودن محل عمل: <b>Pre-Operation Readiness Of OP Place</b>			
		اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است <input type="checkbox"/>			
		نوار مشخصات بیمار به <b>.....</b> بسته شده است.			
		Information Tape Attached To <b>.....</b>			
		فشار خون پیش از داروهای بیهوشی: <b>B.P. After Using Pre-Anes. Drugs</b>			
		فشار خون موقع پذیرش: <b>B.P. In Adm.</b>			
		قند خون: <b>Blood Sugar</b>			
		اوره خون: <b>Urea</b>			
		گروه خون: <b>Blood group</b>			
		ارهاش: <b>RH</b>			
		ساعت آخرین ادرار قبل از عمل: <b>Time Of The Last Urination Prior Operation</b>			
		علامت حیاتی قبل از عمل: <b>Vital Sing. Before OP</b>			
		حرارت: <b>Temp.</b>			
		نبض: <b>Pulse</b>			
		تنفس: <b>Resp.</b>			
		تحت درمان با داروهای: <b>Medicines Used During Hospitalization</b>			
		داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آنها: <b>Pre-Operation Drugs &amp; Time Of The Use</b>			
		اثر داروهای قبل از بیهوشی: <b>Pre-Anes Drug Effects</b>			
		بیدار <input type="checkbox"/> خواب <input type="checkbox"/> خواب آلود <input type="checkbox"/> <b>Sleep</b>			
		اوراق آزمایشگاهی: <b>Laboratory Sheets</b>			
		اوراق رادیولوژی: <b>Radiology Sheets</b>			
		گزارش پرستار: <b>Nurses Report</b>			
		کافی <input type="checkbox"/> <b>Enough</b>			
		اعضای مصنوعی دارد: <b>Protheses</b>			
		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>Yes No</b>			
		برداشته شد: <b>Removed</b>			
		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>Yes No</b>			
		انگشت: <b>Ring</b>			
		ساعت: <b>Watch</b>			
		سایر متعلقات: <b>Others</b>			
		خارج گردید: <b>Removed</b>			
		ملاحظات: <b>Remarks</b>			
		امضاء پرستار: <b>Nurse's Sing</b>			
		امضاء پرستار اتاق عمل: <b>Sing Of OP Room Nurses</b>			

پرک مراقبت قبل از عمل جراحی



نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
نوشته نشدن	کلیه آیتمها: تشخیص- نام عمل جراحی و.....-در سمت راست برگ مهر و امضاء سرپرستار بخش	پرستار بخش
نوشته نشدن	نداشتن مهر و امضای پزشک معالج یا ماما -نداشتن دستور پزشک جهت انجام بیهوشی اسپینال- برگه مراقبت قبل و بعد از عمل تکمیل نشده -عدم وجود دستور ترخیص -برگه خلاصه پرونده توسط متخصص بیهوشی نوشته شده نه پزشک معالج	پزشک معالج
نوشته نشدن	قسمت بررسی پرستار اتاق عمل در سمت چپ برگ -مهر و امضای پرستار اتاق عمل	پرستار اتاق عمل

Date of Admission :	Room :	تاریخ تولد :	Father's Name :
تاریخ پذیرش :	اتاق :	تاریخ تولد :	نام پدر :
D	Bed :	HH	AA
Presenting Symptoms :		تظاهرات های فعلی بیمار :	
۱۸ ۵۳ ۱۱/۹/۵۳		صبر	
History Of Present Illness :		تاریخچه بیماری فعلی :	
Past Disease History :		تاریخچه بیماری های قبلی :	
Current Drugtherapy & Other Addiction :		داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات :	
Allergy To :		حساسیت به :	
Family History :		سوابق فامیلی :	
Physical Examination & Clinical Investigation :		معاینات بدنی و بررسی های بالینی :	
Skin :	پوست :		
Skull :	جنگچه :		
Ear :	گوشن :		
Please Complete The Back Of The Sheet.		لطفاً پشت برگه را تکمیل کنید.	

# « برگ شرح حال »

## MEDICAL HISTORY SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (continued)		معاینات بدنی و بررسی‌های اولیه بالینی (ادامه)	
Eye :	<input type="checkbox"/>	چشم :	<input type="checkbox"/>
Nose :	<input type="checkbox"/>	بینی :	<input type="checkbox"/>
Mouth :	<input type="checkbox"/>	دهان :	<input type="checkbox"/>
Throat :	<input type="checkbox"/>	گلو :	<input type="checkbox"/>
Neck :	<input type="checkbox"/>	کریه :	<input type="checkbox"/>
Lymphatic glands :	<input type="checkbox"/>	غده لنفاوی :	<input type="checkbox"/>
Chest :	<input type="checkbox"/>	قفسه سینه :	<input type="checkbox"/>
Breast :	<input type="checkbox"/>	پستان :	<input type="checkbox"/>
Heart :	<input type="checkbox"/>	قلب :	<input type="checkbox"/>
Lung :	<input type="checkbox"/>	ریه :	<input type="checkbox"/>
Vessel :	<input type="checkbox"/>	عروق :	<input type="checkbox"/>
Abdomen :	<input type="checkbox"/>	شکم :	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male) :	<input type="checkbox"/>	اتام تناسلی مرد :	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female) :	<input type="checkbox"/>	اتام تناسلی (زن) :	<input type="checkbox"/>
Rectum :	<input type="checkbox"/>	مقعد :	<input type="checkbox"/>
Nervous System :	<input type="checkbox"/>	اعصاب :	<input type="checkbox"/>
Extremities :	<input type="checkbox"/>	اتامها (اوتانی، تملانی) :	<input type="checkbox"/>
Bone, Joint, Muscles :	<input type="checkbox"/>	استخوان، مفاصل، عضلات :	<input type="checkbox"/>
توضیح : در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگری در دستگاههای فوق بر مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت « مشخص کرد ».			
NOTE: Case of Abnormalities in Any Of Organ Please Put x			
Summary :		خلاصه :	
<p>Pre - Dx :</p> <p>تشخیص اولیه :</p>			
<p>Signature Of Examining Physician :</p> <p>امضاء پزشک معاینه کننده :</p>			

تکمیل کننده	آیتمهای ناقص	نوع نقص
منشی بخش	<p>مشخصات هویتی و کلینیکی بیمار (درس برگ)</p>	ثبت ناقص
پزشک معالج	<p>کلیه مندرجات و نتایج معاینات (دررو و پشت برگ) از جمله شکایت اصلی بیمار- تاریخچه بیماری فعلی و قبلی- داروهای در حال مصرف- حساسیتها- سوابق فامیلی و معاینات بدنی و بررسی های بالینی</p>	بدخطی و ثبت ناقص مندرجات فرم

Clinic No: شماره درمانگاهی:		UNIT SUMMARY SHEET		۷۷۱۰۰۰	
Attending physician: پزشک معالجه:	Wait: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:	AA	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:	بابا	
Date of Discharge: تاریخ ترخیص:	Bed: تخت:	Occupation: شغل:	Material Status: وضعیت تاهل:	Sex: جنس: Male مرد <input type="checkbox"/> Female زن <input type="checkbox"/>	
Address & Phone No: آدرس و شماره تلفن:		شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:			
Chief Complaint Of the Patient History & Primary Diagnosis: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:					
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:					
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:					
Results of Paraclinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:					
Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):					
Patient's Condition At the time of Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:					
Recommendation After Discharge: توصیه های پس از ترخیص:					
Attending Physician's Name & Sign: نام و امضای پزشک معالج:					

پرک خلاص پرونده

نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	توصیه های پس از ترخیص	پزشک معالج
بدخطی و ثبت ناقص مندرجات فرم	مشخصات هویتی، تشخیص نهایی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص	پزشک معالج





نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	مشخصات هویتی بیمار و شماره پرونده (در سر برگ)	منشی بخش
عدم ثبت	تاریخ معاینه – پیشرفت معالجات	پزشک معالج



Post- OP Diagnosis : \_\_\_\_\_ تشخیص بعد از عمل :

Type of Operation : \_\_\_\_\_ نوع عمل جراحی :

Specimen : \_\_\_\_\_ Yes ☐ \_\_\_\_\_ NO ☐ \_\_\_\_\_ تعداد \_\_\_\_\_ ☐ خیر ☐ بلی نمونه برداشته شده :

Procejure and Findings : \_\_\_\_\_ شرح عمل و مشاهدات :

شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق :

\_\_\_\_\_ is correct ? Yes ☐ NO ☐

نمونه جهت آزمایش فرستاده شد : ☐ بله ☐ خیر

The Specimen Sent To Laboratory : Yes ☐ NO ☐

Nurses of OP Room Sign : \_\_\_\_\_ امضاء پرستار اتاق عمل :

برگ گزارش عمل جراحی

نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	شماره پرونده (سربرگ)	منشی بخش
عدم ثبت	تاریخ عمل - زمان شروع و خاتمه عمل - نوع عمل - شماره شمارش گازها	پرستار اتاق عمل
ثبت ناقص مندرجات فرم	تشخیص ها - شرح عمل - اخذ نمونه شده یا خیر؟ دستورات بعد از عمل	جراح
اصطلاحات غیر استاندارد و اختصارات غیر مصطلح	تشخیص قبل از عمل و نوع عمل جراحی یکی می باشد <b>TUL?</b>	جراح



نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	مشخصات هویتی و کلینیکی بیمار (در سر برگ)	منشی بخش
عدم ترسیم	نمودارهای علائم حیاتی نمودارهای علائم حیاتی	پرستار بخش
عدم ثبت	جذب و دفع مایعات بیمار	پرستار بخش



نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
الصاق نکردن	آزمایشات بر روی برگ الصاق آزمایشات-الصاق گرافی ها	منشی بخش
عدم ثبت	مشخصات هویتی و کلینیکی بیمار(درسبرگ)	منشی بخش





نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	<p>نتایج آزمایشات و گرافی - تشخیص حین درمان - وضعیت ترخیص بیمار</p>	پزشک معالج
ثبت ناقص و بدخطی مندرجات فرم	<p>مشخصات هویتی - تشخیص اولیه و ثانویه - نوع عمل جراحی -</p>	<p>پزشک معالج - منشی بخش</p>



Clinic No: شماره درمانگاهی:	UNIT SUMMARY SHEET		۷۲۰۵۱۱
Attending physician: پزشک معالج: <i>دکتر محمد</i>	Ward: بخش: <i>اردشیر</i>	Name: نام: <i>محمد</i>	Family Name: نام خانوادگی: <i>HH</i>
Date of Admission: تاریخ پذیرش: <i>۸۵/۹/۱۷</i>	Room: اتاق: <i>۱</i>	Date of Birth: تاریخ تولد: <i>۷۵</i>	Father's Name: نام پدر: <i>P</i>
Date of Discharge: تاریخ ترخیص: <i>۸۵/۹/۱۸</i>	Occupation: شغل:	Material Status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex: جنس: Male <input type="checkbox"/> مرد Female <input type="checkbox"/> زن
Address & Phone No: آدرس و شماره تلفن:			
Chief Complaint Of the Patient History & Primary Diagnosis: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه: <i>سگی در دسترس</i>			
Final Diagnosis: تشخیص نهایی: <i>BPd</i>			
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی: <i>هیپوکلیم</i>			
Results of Paraclinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:			
Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):			
Patient's Condition At the time of Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
Recommendation After Discharge: توصیه های پس از ترخیص:			
Attending Physician's Name & Sign: نام و امضای پزشک معالج:			

برگ خلاصه پرونده

نوع نقص	آیتمهای ناقص	تکمیل کننده
عدم ثبت	<p>مشخصات هویتی - وضعیت بیمار هنگام ترخیص</p>	پزشک معالج
ثبت ناقص و بدخطی مندرجات فرم	<p>شکایت اصلی بیمار - اقدامات درمانی و اعمال جراحی</p>	پزشک معالج

Attending Physician : <u>D</u>	Ward : <u>بخش ویرا</u>	Name : <u>نام خانوادگی</u>	Family Name : <u>HH</u>
Date Of Admission : <u>۱۳۹۷</u>	Room : <u>اتاق</u>	Date Of Birth : <u>تاریخ تولد</u>	Father's Name : <u>نام پدر</u>
Bed : <u>۱۰</u>	Bed : <u>تخت</u>		
Date : <u>تاریخ</u>	Second Assistant : <u>کمک دوم</u>	First Assistant : <u>کمک اول</u>	Surgeo : <u>AA</u>
Assistant Nurse : <u>پرستار کمک</u>	Nurse of OP . Room : <u>پرستار اتاق عمل</u>	Kind of Anesthesia : <u>نوع بیهوشی</u>	Anesthetist : <u>بیهوشی دهنده</u>
Kind of Operation : <u>نوع عمل</u>	End Time : <u>ساعت خاتمه</u>	Start Time : <u>ساعت شروع</u>	Time of OP : <u>زمان عمل</u>
Hosp <input type="checkbox"/> بستری	O.P.D <input type="checkbox"/> سر پائی		
Pre- OP Diagnosis : <u>تشخیص قبل از عمل : <u>DDP</u></u>			
Post- OP Diagnosis : <u>تشخیص بعد از عمل : <u>BPH</u></u>			
Type of Operation : <u>نوع عمل جراحی : <u>سیرک</u></u>			
Specimen : <u>نمونه برداشته شده : <u>بله</u> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد <u>۱</u> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/></u>			
Procedure and Findings : <u>شرح عمل و مشاهدات : <u>سیرک در شکم</u></u>			
شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله Count of Swabs/Instrument is correct ? Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نمونه جهت آزمایش فرستاده شد : <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله The Specimen Sent To Laboratory : Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nurses of OP.Room Sign : <u>مضامین پرستار اتاق عمل :</u>			

برگ گزارش عمل جراحی

تکمیل کننده	آیتمهای ناقص	نوع نقص
پزشك معالج – منشي بخش	شرح عمل و مشاهدات – نوع عمل جراحي – مشخصات هويقي	ثبت ناقص و بدخطي مندرجات فرم

Date of Admission: <span style="float: right;">تاریخ پذیرش:</span> <div style="text-align: center;">۸۷ / ۱ / ۲۶</div>	Room: <span style="float: right;">اتاق:</span> Bed: <span style="float: right;">تخت:</span> 7	Date of Birth: <span style="float: right;">تاریخ تولد:</span> <div style="text-align: center;">۱۳۵۶ / ۱۱</div>	Father's Name: <span style="float: right;">نام پدر:</span> <div style="text-align: center;">سنتی امر</div>
امضاء پزشک Sign Of Physician	پیشرفت معالجات Treatment Progresses	تاریخ Date	
	در روز امروز مع Extubate شد ، حال عمومی خوب است ، تنفس همروماتیک بلعده + س	۸۷ / ۱ / ۲۷	
	هم احوال کان است . در روزهای آینده همسر او را در خانه		
	✓ - - -		

Admission Date:	Room:	Date:	Fact:	نام پدر:
۱۳۹۲/۰۲/۰۲				
Presenting Symptoms:				
تاریخچه بیماری فعلی:				
<p>بیمار آقای ۲۷ ساله - علت شروع دل درد PND</p> <p>و استفراغ از صبح تا شام</p>				
History Of Present Illness:				
<p>DX CHF - DEM</p> <p>تحت پیگیری قلبی و تنفسی</p>				
Past Disease History:				
<p>تاریخچه بیماریهای قبلی:</p>				
<p>داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:</p>				
Current Drugtherapy & Other Addiction:				
<p>حساسیت به:</p>				
Allergy To:				
<p>سوابق خانوادگی:</p>				
Family History:				

On Date:	2 [REDACTED]	Bed:	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Presenting Symptoms:		تاریخچه فعلی بیمار:			
		بیمار با شکایت			
History Of Present Illness:		تاریخچه بیماری فعلی:			
		Dx → D.C.M			
		علت پدید آمدن سکته میوکارد			
Disease History:		تاریخچه بیماریهای قبلی:			
Past Drugtherapy & Other Addiction:		داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:			
Referral To:		ارجاع به:			
Social History:		سوابق اجتماعی:			
Physical Examination & Clinical Investigation:		معاینات بدنی و بررسیهای بالینی:			



تاریخ تولد: ۱/۰/۱۳۸۰	محل تولد: [ ]	محل اقامت: [ ]	محل کار: [ ]
سن: ۹۴	نام و نام خانوادگی: [ ]	محل اقامت: [ ]	محل کار: [ ]
آدرس و تلفن: قزوین خ ش پایایی ک ۲۷ پ ۸۶ ط ۲۸۱-۰۲۸۱ ۳۶۷۴۵۷۳			
همراه یا معرف بیمار: همسر بیمار [ ]			
تاریخ پذیرش: ۰۲/۰۷/۱۳۹۰	بخش: گوا [ ]	پزشک بستری کننده: [ ]	انتقالی از بیمارستان: [ ]
ساعت: ۲۰:۴۲			
نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input checked="" type="checkbox"/> اورژانسی <input type="checkbox"/> به مرکز انتقالی			
اطلاع داده شد: نوع بیمه: ذخیره بیمه آزاد شماره بیمه: ۱۰۰۷			
انتقال از بخش: تاریخ: [ ]	انتقال به بخش: تاریخ: [ ]	تاریخ: [ ]	انتقال به بیمارستان: تاریخ: [ ]
آزمایشات و عکسبرداری (نتایج مهم):			
تشخیص اولیه (به زبان انگلیسی):			
تشخیص حین درمان (به زبان انگلیسی):			
تشخیص نهایی (به زبان انگلیسی):			
اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی یا ذکر تاریخ (به زبان انگلیسی):			
علل خارجی (حوادث آسیبها و مسمومیتها) (به زبان انگلیسی):			
وضعیت بیمار هنگام ترخیص: <input type="checkbox"/> بهبودی <input type="checkbox"/> بهبود نسبی <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی <input type="checkbox"/> فوت نموده <input type="checkbox"/> پیگیری			
مدت اقامت بیمار: روز [ ]			
توصیه های پس از ترخیص: مراجعه به پزشک هفته دیگر سایر موارد: [ ]			



Date OF Admission: تاریخ پذیرش:		Room: 1	Date Of Birth: تاریخ تولد:		Father's Name: نام پدر:
Bed: 4		Second Assistant: کمک دوم:		Surgeon: جراح:	Assistant Nurse: پرستار اول:
Nurse of Op Room: پرستار اتاق عمل:		Kind of Anesthesia: نوع بیهوشی:		Anesthesiologist: بیهوشی دهنده:	
End of Operation: نوع عمل:		Time: ساعت و دقیقه:		Start Time: ساعت شروع:	
Hosp. <input type="checkbox"/> بستری		O.P.D. <input type="checkbox"/> سرپایی			
Pre-Op. Diagnosis: تشخیص قبل از عمل:					
Post Op. Diagnosis: تشخیص بعد از عمل:					
Kind of Operation: نوع عمل جراحی:					
Specimen: نمونه برداشته شده: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد: No: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Procedure and Finding: شرح عمل و مشاهدات:					
<p>شرح عمل و مشاهدات: بیمار تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته و عمل انجام شده است. بیمار در وضعیت خوب قرار دارد و هیچ عارضه‌ای مشاهده نشده است.</p>					
<p>شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن مطابق می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>					
<p>Count Of Swabs/Instrument is correct? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>					
<p>نمونه جهت آزمایش فرستاده شده: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>					

✓ عدم استفاده از برگ کنترل علائم حیاتی در پرونده

✓ عدم اخذ آزمایش ها و رادیولوژی ها (آزمایش خون ، گزارش

سونوگرافی ، chest x Ray ، Ctscan و یاسندی که نشان

دهنده نوع بیماری بیمار باشد ) قبل از عمل جراحی

✓ عدم الصاق جواب آزمایشات پس از عمل مثل جواب آزمایش ، نوع

سنگ موجود در مجراهای ادراری و توصیه های پس از عمل

و..... در پرونده

✓ بسیاری از خدمات ارائه شده برای بیماران ثبت نمی شود و

همکاران شفاها در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی به خدمات

ارائه شده برای بیمارشان اشاره می نمایند

✓ 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

✓ تشخیص نهایی و نوع عمل جراحی در پرونده ها ثبت نمی گردد و  
یا توسط منشی

✓ بخشها در برگه پذیرش ثبت می شود

✓ و یا در صورت ثبت ، تشخیص نهایی نوشته شده منطبق بر

نیازهای ICD جهت کدگذاری پرونده نمی باشد

✓ برگ سیر بیماری ( خصوصا در بخشهای جراحی ) 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 و 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 اکثریت موارد جواب رادیوگرافی ، آزمایشات و سایر اقدامات درخواست شده در پرونده موجود نمی باشد

- ✓ 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
- ✓ به خاطر داشته باشیم که : در مسائل قانونی ، یک پرونده ناقص ، انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است
- ✓ مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی بر این نظر هستند که

“آنچه در پرونده ثبت نشده یعنی انجام نشده”

خسته نباشید