

اصول پذیرش و ترخیص های بیمارستانی

دکتر علی محمد علی محمدی

متخصص پزشکی قانونی

عضو هیات مدیره انجمن علمی پزشکان قانونی ایران

بیمارستان‌ها مهمترین مراکز ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و سلامت می‌باشند. فرایندهای پذیرش و ترخیص در بیمارستان‌ها یکی از تاثیرگذارترین مراحل مدیریت بیمارستان است. چالش‌های ناشی از پذیرش و ترخیص و چگونگی رفع آن‌ها علاوه بر نارضایتی و رضایت‌مندی بیماران، کارآمدی مدیران بیمارستان را نیز با خود دارد. اگرچه تدوین بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های بالادستی برای نحوه پذیرش و ترخیص بیماران و داشتن مکتوبات لازم، همواره راه‌گشا می‌باشد، اما آمادگی لازم برای مدیریت موارد استثنایی و آموزش افراد برای این منظور که همواره در دسترس باشند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

بستری نکردن بیمارانی که نیاز به خدمت دارند و بستری کردن بیماری که نباید بستری شود، به تعویق انداختن ترخیص یا ترخیص زودهنگام، همگی دارای عوارض و خطراتی است که درمان‌گرها باید از آن آگاه باشند. سقوط از تخت، زخم بستر، عفونت‌های بیمارستانی، مشکلات روحی - روانی ناشی از بستری، مشکلات اقتصادی و غیره از عوارض بستری طولانی در بیمارستان بوده و بستری نکردن یا ترخیص زودهنگام نیز با توجه به مورد، مشکلات بی‌شماری را سبب خواهد شد. در اینجا سعی می‌کنیم به نکات مهم پذیرش بیماران، در بیمارستان‌ها بپردازیم.

چالش‌های پیش روی پزشکان و کادر درمان در پذیرش بیماران

- پذیرش یا عدم پذیرش بیماران اورژانسی.
- پذیرش یا عدم پذیرش بیماران غیر اورژانسی.
- عدم رضایت به بستری بیماری که نیازمند دریافت مراقبت بوده و اندیکاسیون بستری دارد.
- پافشاری نمودن به بستری بیماری که اندیکاسیون بستری ندارد.

چالش‌های پیش روی پزشکان و کادر درمان در پذیرش بیماران

- عدم قبول بستری در بخش عادی، برای بیماری که نیازمند دریافت خدمات بخش‌های ویژه می‌باشد، در مواقعی که بخش‌های ویژه تخت خالی ندارند.
- عدم بستری بیمار مبتلا به بیماری خطرناک. مانند افراد مبتلا به بیماری‌های واگیردار و بیماران روانی خطرناک
- عدم پذیرش انتقال از بخش به آی سی یو در بیماری که نیازمند دریافت خدمات ویژه می‌باشد به ویژه در بیمارستان‌های خصوصی به دلیل شرایط مالی.

پذیرش بیمارستانی و حتی کلینیک‌های سرپایی به دو صورت اورژانس و غیر اورژانس صورت می‌گیرد. موارد غیر اورژانسی با دستور پزشک معالج و معرفی نامه از طرف وی انجام می‌شود. ویزیت بیمار در درمانگاه‌های خود بیمارستان، یا درمانگاه‌های خارج بیمارستان (مطب خصوصی، بیمارستان دیگر و غیره) صورت می‌پذیرد. موارد اورژانسی نیز می‌توانند همین منوال را داشته باشند و یا، با مراجعه مستقیم به اورژانس بیمارستان توسط خود بیمار، آمبولانس‌های خصوصی، آمبولانس بیمارستان دیگر، آمبولانس فوریت‌ها، وسیله شخصی افراد دیگر و غیره انجام شود.

مشکلات عدیده ای که در پذیرش بیماران مطرح می باشد، علاوه بر نبودن تخت خالی، تعویق در پذیرش، بستری کردن فرد نیازمند خدمات ویژه در بخش معمولی، طولانی شدن بستری بیمار در بخش اورژانس، عدم انتقال وی به بخش آی سی یو یا بخش های دیگر و موارد مشابه از مشکلات شایع بیمارستان ها است.

8 "آیا این مرکز درمانی برای بستری کردن این بیمار مناسب است؟"

- یکی از مکان‌های شایع دی کلینیک‌ها و مراکز جراحی محدود می‌باشد، که به اشتباه عمل‌هایی که باید در بیمارستان‌ها صورت بگیرد، در آنجا انجام شده و بالتبع، نتایج ناگوار نیز داشته است.

9 "آیا این مرکز درمانی برای بستری کردن این بیمار مناسب است؟"

- بیمار با مشکلات فراوانی که نیازمند بررسی و خدمات سرویس‌های مختلف می‌باشد، در بیمارستانی بستری شده که این سرویس‌ها را ندارد و برای هر مشاوره یا انجام اقدام درمانی یا اقدامات پاراکلینیکی ویژه، هزینه فراوانی از بیمار و بیمارستان (آمبولانس و پرسنل تخصصی) صرف این جابجایی می‌شود. که در نهایت فرسودگی سیستم بهداشتی - درمانی و نارضایتی بیمار را به همراه خواهد داشت. علاوه بر این، حوادث احتمالی در هنگام جابجایی بیمار، مانند تصادف وسیله نقلیه، سقوط از برانکارد، سقوط در هنگام جابجایی از تخت به برانکارد و از برانکارد به تخت، ضربات ناشی از جابجایی به افراد پیر یا دارای شکستگی و غیره، باید مد نظر باشد.

10 بستری کردن افراد در روزهای پایانی هفته، تعطیل و یا روزهای خاص مانند اعیاد

- ممکن است امکانات مورد نظر در دسترس نباشد. افراد زیادی علاقه مند هستند، تا در تعطیلات، مشکلات خود را حل نموده و از فرصت تعطیلات برای انجام عمل های جراحی به ویژه، عمل های جراحی زیبایی استفاده نمایند. متأسفانه موارد بسیاری دیده شده که به دلیل در دسترس نبودن امکانات مورد نیاز، درمانگر نتوانسته به بیمار دچار عارضه کمک نماید.

بنابر این تاکید می‌گردد که:
"قبل از پذیرش بیمار به موارد فوق توجه شده،
تا مشکلات ذکر شده به وجود نیاید."

پذیرش یا عدم پذیرش بیماران اورژانسی

بیماران اورژانسی به هر صورت به ما ارجاع شوند، وظیفه اخلاقی و قانون حکم می‌کند، بدون تعلل و فوت وقت، فارغ از اینکه آن فرد توان مالی جبران خدمت را دارد یا نه، به درمان او بپردازیم. پذیرش و درمان بیماران اورژانسی در منشور حقوق بیمار، آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، ماده واحده مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، قانون حمایت از اطفال و نوجوانان و آئین نامه اجرایی آن و قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی به صراحت آمده است. بنابراین عدم پذیرش این دسته از بیماران می‌تواند تبعات قانونی و حرفه‌ای شدید داشته باشد.

پذیرش یا عدم پذیرش بیماران اورژانسی

- عدم پذیرش بیمار اورژانسی در مراکز درمانی قابل توجیه نبوده، پذیرش و انجام اقدامات اولیه تا رفع خطر جانی و خروج از شرایط اورژانس ضروری می‌باشد. بعد از خروج بیمار از شرایط اورژانسی، ادامه درمان مطابق بیماران غیر اورژانسی بوده و ضوابط خاص خود را دارد. در آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین برای رفع مخاطرات جانی، فوریت‌های پزشکی تعریف گردیده است. با این حال **تشخیص اورژانس و غیر اورژانس بودن هر بیمار، با پزشک معالج می‌باشد.**

پذیرش یا عدم پذیرش بیمار اورژانس

- منشور حقوق بیمار
- قوانین نظام پزشکی
- ماده واحده مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی
- قانون حمایت از اطفال و نوجوانان
- قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی

منشور حقوق بیمار

15

پذیرش بیمار:

- ۱۲-۱) ارائه خدمات سلامت باید در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانسی)، بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- ۱۳-۱) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانسی)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب در مرکز مبدأ، ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم شود.

16 آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته

- ماده ۲۷ - شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند در موارد فوریت های پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.

17 قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی

- ماده واحد: ۱- هر کس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند **بدون اینکه** با این اقدام **خطری متوجه خود او یا دیگران شود** و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس جنه‌ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پانجاه هزار ریال محکوم خواهد شد.

18 قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی

- در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک مؤثری بنماید به حبس جنحه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. **مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می‌شوند.**

۱۹ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی"

- ماده ۱: فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرارداد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو، یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد.
- ماده ۲: از نظر این آیین‌نامه فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می‌شود:

ماده ۲: از نظر این آیین نامه فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می‌شود

- | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ۱. مسمومیت‌ها | ۷. اغماء |
| ۲. سوختگی‌ها | ۸. اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها |
| ۳. زایمان‌ها | ۹. تشنجات |
| ۴. صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسائط نقلیه | ۱۰. بیماری‌های عفونی خطرناک مانند مننژیت‌ها |
| ۵. سکته‌های قلبی و مغزی | ۱۱. بیماری‌های نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند |
| ۶. خونریزی‌ها و شوک‌ها | ۱۲. سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می‌گیرد. |

21 آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی"

- ماده ۳: بیمار مشمول این آیین‌نامه شخصی است که طبق تعریف فوریت‌های پزشکی (اورژانس) احتیاج به کمک فوری دارد.
- ماده ۴: کلیه بیمارستانها، اعم از دولتی و غیر دولتی در تمام اوقات شبانه‌روز و نیز درمانگاه‌ها و سایر مؤسسات درمانی در ساعات فعالیت طبق پروانه تأسیس که از وزارت بهداشتی سابق دریافت داشته‌اند، مکلف به پذیرش بیمارانی که مشمول فوریت‌های پزشکی هستند، می‌باشند.

22 آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی"

ماده ۵: در مناطقی که مراکز اورژانس وجود دارد و به نحوی از موارد فوریت‌های پزشکی اطلاع پیدا می‌کند مسئولیت مستقیم انتقال بیمار به مراکز درمانی با مراکز اورژانس می‌باشد.

تبصره: همه افراد مکلفند به محض مشاهده هر گونه موارد اورژانس در صورت دسترسی به مرکز اورژانس از طریق تلفن و سایر وسائل ارتباطی فوراً مورد را به آگاهی نزدیکترین مرکز اورژانس برسانند و در صورت عدم دسترسی به واحد اورژانس، نسبت به انتقال بیمار اورژانسی به نزدیکترین مراکز درمانی اقدام نمایند.

23 قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، ماده ۶، بند ج، قسمت ۲ :

- "پذیرش و درمان فوری اطفال و نوجوانان آسیبدیده در تمام مراکز بهداشتی درمانی همراه با ارسال گزارش موارد مشکوک به آزار به مراجع قضائی و بهزیستی؛"

ماده ۴۰ "آیین نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان" 24

- ماده ۴۰- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است:
- ۱- خدمات درمانی و بهداشتی رایگان به اطفال و نوجوانان معرفی شده از سوی سازمان بهزیستی ارایه کند.
- ۴- فهرست اقدامات فوری درمانی یا اورژانسی اعم از سرپایی یا نیازمند بستری را با توجه به وضعیت های مخاطره آمیز موضوع ماده (۳) قانون را ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ آن تدوین نماید و هر سه سال یکبار حسب ضرورت بازنگری کند.

ماده ۴۱ "آیین نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان" 25

ماده ۴۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است از طریق بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مطب‌ها، سازمان اورژانس کشور و سایر مؤسسات درمانی اعم از دولتی، عمومی، غیردولتی، خصوصی و خیریه:

۱- نسبت به پذیرش و درمان فوری اطفال و نوجوانان آسیب‌دیده و ثبت و نگهداری کلیه آثار و شواهد موارد مشکوک به سوءرفتار اقدام و در موارد درخواست والدین، اولیا یا سرپرست قانونی جهت ترخیص یا تحویل طفل و نوجوان پیش از پایان دوره درمان، موضوع را به بهزیستی محل کتباً یا از طریق تماس با اورژانس اجتماعی و خط ارتباطی (۱۲۳) اعلام کند.

قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی

ماده ۳: خودداری بیمارستانها از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانس جرم محسوب شده و متخلف به مجازاتهای زیر محکوم میگردد:

مرتبه اول - جریمه نقدی از یکصد هزار تا پانصد هزار ریال، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی.

مرتبه دوم - جریمه نقدی پانصد هزار تا یک میلیون ریال، لغو پروانه مسئول فنی مؤسسه، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی.

مرتبه سوم - جریمه نقدی از مبلغ یک میلیون تا پنج میلیون ریال، لغو پروانه مسئول فنی مؤسسه، لغو پروانه تأسیس، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی.

پذیرش یا عدم پذیرش بیمار غیر اورژانسی

- بیمار الکتیو با عمل یا اقدام ضروری
- بیمار الکتیو با اقدام غیر ضروری

پذیرش یا عدم پذیرش بیماران غیر اورژانسی

- در مواردی که پزشک و نیروی کار کافی موجود باشد و از طرفی تکلیفی برای معاینه بیمار برای پزشک تعیین نشده باشد، اجباری برای پذیرش بیمار غیر اورژانسی وجود ندارد. برای مثال در شهری مانند تهران، افراد برای مراقبت سلامت، می‌توانند پزشکان مختلف را انتخاب نمایند. اما در مناطقی که این امکان وجود ندارد و می‌توان گفت: "اجبار برای رجوع بیمار به پزشک خاصی وجود دارد"، پزشک نیز موظف است تا بیماران را پذیرش نماید.

پذیرش یا عدم پذیرش بیماران غیر اورژانسی

موارد زیادی وجود دارد که پزشک به دلیل شغل خود، استخدام در شرکت یا سازمان خاص، انجام طرح یا ضریب کا، ماموریت و غیره، موظف به پذیرش و ویزیت بیماران می‌باشد. اما در غیر از این موارد، برای انتخاب بیمار در شرایط غیر اورژانس، پزشک مختار بوده و کسی نمی‌تواند خود را به عنوان بیمار به پزشک تحمیل نماید. اگرچه بیمار هم در انتخاب پزشک خود آزاد می‌باشد. ولی اگر پزشکان متعددی باشند که همین خدمت را بتوانند ارائه نمایند و امکان انتخاب برای بیمار وجود داشته باشد، پزشک مجبور به پذیرش بیمار غیر اورژانسی نمی‌باشد.

موارد استثناء، فراخوان‌های عمومی است؛ که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا مراجع تعیین شده، صورت می‌گیرد. در این موارد، همکاری پزشکان و کادر درمان الزامی می‌باشد.

آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته

- ماده ۱۱ – شاغلان حرفه‌های پزشکی مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیر دار یا در هنگام بروز سوانح از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مراجع تعیین شده از وزارت یاد شده از آنان استمداد می‌شود، همکاری لازم را معمول دارند.

- پزشک باید بیماری را جهت درمان یا عمل قبول کند که در توان علمی او باشد. در غیر اینصورت باید غرور خود را بشکند و توقع مالی را به کناری نهد و بزرگوارانه بیمار را جهت درمان مقتضی به همکاران دیگر و بیمارستانهای تخصصی راهنمایی کند.

-
- Great expectations
 - Excessively demanding patients
 - The indecisive patients
 - The immature patients
 - The secretive patients
 - Familial disapproval
 - The” surgiholic “
 - Patients you do not like (or who do not like you)

اقدامات بعد از پذیرش موارد اورژانس

- ABC
- کنترل خونریزی
- فیکس کردن شکستگی
- تنظیم علایم حیاتی
- تنظیم آب و الکترولیت
- و
- ثبت وضعیت اولیه و اقدامات صورت گرفته
- بخیه چشم
- پلژی
- زمان ورود بیمار و شروع اقدامات
- تروماهای وارده.
- هوشیاری و آژیتاسیون
- و ...

اقدامات بعد از پذیرش موارد غیر اورژانس

-
- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| ۱. شرح حال و ارزیابی اولیه | ۱. وضعیت اولیه بیمار |
| ۲. معاینه دقیق | ۲. مشکل اصلی |
| ۳. آزمایشات و پاراکلینیک | ۳. حساسیت ها |
| ۴. تشخیص اولیه | ۴. بیماری زمینه ای |
| ۵. رضایت و برائت | ۵. امکان پیگیری و مراقبت بعد از درمان |
| • و ... | ۶. و ... |

-
- 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

درخواست بستری توسط بیمار یا بستگان علی رغم اندیکاسیون بستری

- اگر اندیکاسیون ندارد بنابراین نیاز به بستری نیست، حتی اگر اصرار شود. اندیکاسیون را پزشک تعیین می کند.
- برای رسیدن به عدم اندیکاسیون شرح حال و معاینه کامل و در صورت نیاز پاراکلینیک های تشخیصی صورت گرفته و با مستندات علمی نداشتن اندیکاسیون بستری تعیین می شود.
- در صورتی که مستند سازی کامل نباشد ممکن است پزشک به بی مبالاتی متهم گردد.
- ایجاد عوارض به دنبال بستری بیمار فاقد اندیکاسیون، قصور پزشکی است.

عدم پذیرش دریافت خدمات تشخیصی و درمانی

- حق انتخاب و چگونگی انجام درمان، یکی از حقوق بیمار است که در منشور حقوق بیمار بدان اشاره شده است. بر اساس منشور حقوق بیمار، بیمار می‌تواند پیشنهاد درمانی پزشک معالج را با آگاهی از عواقب آن بپذیرد یا رد نماید. پیش از شروع خدمات، بیمار باید در جریان این خدمت، نتیجه آن، خطرات ناشی از انجام آن و روش‌های جایگزین قرار بگیرد. آگاه نمودن بیمار از موارد فوق، سبب اخذ رضایت آگاهانه می‌گردد. منشور حقوق بیمار این حق را پذیرفته و به بیمار در زمینه انتخاب شیوه درمانی مناسب حق داده است.

عدم پذیرش دریافت خدمات تشخیصی و درمانی

بیمار می‌تواند با رضایت خود، خواستار خاتمه درمان گردد. اما در مواردی که بیمار در وضعیت اورژانس به دست ما رسیده، یا بیماری از نوعی است که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد (بیماری‌های همه گیر) و یا سبب آسیب فرد دیگری می‌شود (موارد تهدید به قتل) و حتی احتمال آسیب به خود بیمار، توسط بیمار وجود دارد (مانند موارد خودکشی)، بر اساس قانون و منشور حقوق بیمار، می‌توان بدون دریافت رضایت و حتی در مواردی با مخالفت بیمار، اقدام به درمان او نمود.

عدم پذیرش دریافت خدمات تشخیصی و درمانی

موارد زیادی دیده شده که بیمار تمایل به بستری شدن در بیمارستان نداشته، اقدامات تشخیصی یا درمانی پیشنهادی را نپذیرفته و اصرار به ترک بیمارستان قبل از تکمیل اقدامات تشخیصی درمانی داشته است. علاوه بر این، مواردی وجود دارد که بیمار بدون اطلاع بیمارستان را ترک کرده و یا بعد از یک درگیری لفظی یا فیزیکی از بیمارستان خارج می‌شود.

40 در چنین مواردی درمان‌گر با معضلات عدیده‌ای روبرو می‌گردد:

۱. آیا من حق دارم به بیمار اجازه بدهم که بیمارستان را ترک کند؟
۲. آیا باید از این اقدام پیش‌گیری کنم؟
۳. در صورتی که بیمار، بیمارستان را ترک کند، چگونه میتوانم به بیمار کمک
نمایم تا کمتر آسیب ببیند؟
۴. عواقب قانونی آن چیست؟ چگونه میتوانم عواقب قانونی این موارد را کمتر
متوجه خود نمایم؟
۵. حال که بیمار از بیمارستان فرار نموده است، چه اقداماتی باید انجام بدهم؟

عدم پذیرش دریافت خدمات تشخیصی و درمانی

- امتناع بیمار یا تصمیم گیرنده وی از دریافت خدمات، یک فرایند قانونی چند مرحله ای است و درمانگر موظف است، با توجه به وضعیت بیمار (اورژانسی، نیازمند دریافت خدمات ضروری و غیره) خود را برای یک فرایند طولانی و دشوار، آماده نماید. این مراحل شامل اقدامات زیر می باشد.

عدم پذیرش دریافت خدمات تشخیصی و درمانی

۱. آرام نمودن بیمار و همراهان وی
۲. بررسی صلاحیت بیمار یا فرد تصمیم گیرنده
۳. توضیح در خصوص بیماری و شرایط بیمار، نوع مراقبت، نحوه انجام آن و خطرات عدم پذیرش آن‌ها
۴. در صورت امکان، پیشنهاد درمان‌های جایگزین
۵. تشکیل جلسه، نوشتن صورتجلسه و تکمیل فرم‌های مربوطه
۶. آموزش‌های لازم به بیمار یا همراهان وی در هنگام ترخیص

عدم بستری بیمار خطرناک

- بیماری واگیر دار

- بیمار روانی

قانون مایه کوبی عمومی و اجباری مصوب سوم مهر ماه ۱۳۲۲

• ماده یکم - وزارت بهداری مجاز است برای پیشگیری و مبارزه بر ضد امراض همه گیر در مواقع لازمه و نقاطی را که مقتضی بداند مایه کوبی عمومی و اجباری را اعلان نماید.

و همچنین وزارت بهداری مجاز است در مواقع شیوع بیماریهای واگیر و همه گیر مبتلایان را اجباراً منفرد و در بیمارستانهای مربوطه بستری و تحت معالجه قرار دهد و نیز وزارت بهداری مجاز است منازل بیماران فوق را مطابق اصول فنی ضد عفونی نموده و صاحبان منازل باید با مأمورین بهداری در این باب مساعدت و همکاری نمایند.

45 قانون طرز جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و بیماریهای واگیردار مصوب ۱۱ خرداد ماه ۱۳۲۰

- ماده بیست و دوم - اشخاصی که مانع اجرای مقررات بهداشتی می‌شوند یا در اثر غفلت باعث انتشار یکی از بیماریهای واگیر می‌شوند به هشت روز تا دو ماه حبس تأدیبی و ۵۱ تا ۵۰۰ ریال و یا به یکی از این دو کیفر محکوم می‌شوند.

جلوگیری از خدمت رسانی به بیماران توهین و ضرب و جرح در حین خدمت

در این خصوص علاوه بر قوانین مجازات اسلامی خصوصا قانون دیات، قوانین مرتبط به توهین و ناسزا و تعرض به مامور دولت در حین خدمت، به مواد ۱- ۲- ۵- ۸ و ۱۰ قانون مسئولیت مدنی هم می توان استناد کرد.

نکته بسیار مهم در تمامی این موارد، برای همکاران بخش درمان و همچنین مشاورین حقوقی بیمارستان ها،
ثبت موارد و مستند سازی کامل و دقیق و حتی صورتجلسه کردن این موارد است.

چالش‌های پیش روی پزشکان و کادر درمان در ترخیص بیماران

- ترخیص از بیمارستان به محل اقامت
- ترخیص بیمار با هدف ارجاع به پزشک دیگر
- دخالت سایر پزشکان در امر درمان
- انتقال بیمار به مراکز دیگر

49 چالش‌های پیش روی پزشکان و کادر درمان در ترخیص بیماران

- جدا کردن بیمار از دستگاه تهویه مصنوعی یا ونتیلاتور
- چگونگی برخورد با بیمار یا تصمیم گیرنده وی در موارد عدم پذیرش دریافت خدمات تشخیصی و درمانی
- فرار از بیمارستان
- مرخصی موقت

- در مواردی که بیمار در حدی بهبودی یافته است که بتواند بخش مربوطه یا بیمارستان یا مرکز درمانی را ترک نماید، اصطلاح ترخیص را می‌توان به کار برد. اما در بسیاری موارد ترخیص شامل مواردی می‌شود که برای فردی اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نظر به اتمام رسیده اما بهبودی حاصل نگردیده است. مانند فردی که برای تشخیص بیماری بستری شده و بعد از اتمام بررسی‌ها از بیمارستان خارج می‌گردد. یا بیماری که یک دوره شیمی درمانی را علیرغم بهبودی کامل در بیمارستان به پایان رسانده و بیمارستان را ترک می‌کند. همچنین ترخیص می‌تواند از یک بخش بیمارستانی به بخش دیگر، از یک سرویس، به سرویس دیگر یا از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر صورت گیرد.

- ترک بیمارستان قبل از آمادگی علمی و عملی برای ترخیص، برای بیمارستان و بیمار، سبب مشکلات عدیده ای می‌گردد. خطر جانی و افزایش میزان مرگ و میر، تاخیر در ارائه خدمات یا ارائه خدمات ناقص از جمله این موارد است. همچنین عود بیماری و بستری مجدد بیمار، سبب تحمیل هزینه‌های بیشتر به بیمار و سیستم می‌گردد. عدم تکمیل دوره درمانی یا ترک بیمارستان به خصوص اورژانس، علی‌رغم توصیه‌های پزشکی، سبب ایجاد نگرانی‌های شدید در سیستم بهداشتی - درمانی و به ویژه پزشکان مسئول و متعهدی که از نظر اخلاقی و قانونی مسئولیت بیشتری نسبت به بیماران احساس می‌کنند، می‌شود.

- از طرفی ترخیص با تاخیر و همچنین ترخیص قبل از پایان خدمات ضروری مورد نیاز بیمار، هر دو مشکلات و نارضایتی‌هایی را سبب خواهد شد. مشکلات دیگر مرتبط با ترخیص، مانند: "عدم ترک بیمارستان بعد از ترخیص بیمار و ترک بیمارستان بدون اطلاع" نیز از مسائل و مشکلات شایع کادر درمان می‌باشد. که مباحثی مانند: "زندانی کردن بیمار در بیمارستان یا گروگان گرفتن بیمار یا متوفی به دلیل عدم تسویه حساب و ترخیص اجباری بیمار" را با خود دارد. که از نظر قانونی و اخلاقی قابل توجیه نیست.

ترخیص اشکال مختلفی داشته که به شایعترین حالت‌های آن اشاره می‌گردد:

- ترخیص از بیمارستان به محل اقامت دائم یا موقت فرد، از جمله منزل شخصی.
- ترخیص از بیمارستان به مراکز نگهداری خارج از بیمارستان مانند: خانه سالمندان، پادگان، زندان، خوابگاه، مراکز نگهداری بهزیستی و غیره
- ترخیص از اورژانس و انتقال به بخش‌های عادی یا ویژه همان بیمارستان
- ترخیص از اورژانس و انتقال به بخش‌های عادی یا ویژه بیمارستان دیگر
- ترخیص از بخش ویژه و انتقال به بخش عادی
- ترخیص از یک بیمارستان یا مرکز درمانی به مرکز درمانی یا بیمارستان دیگر
- ترک بیمارستان قبل از موعد که می‌تواند از اورژانس یا بخش صورت پذیرد که بیشتر با عنوان "ترخیص علی رغم توصیه‌های پزشکی برای دریافت خدمات، با رضایت شخصی" شناخته می‌شود.
- فرار از بیمارستان
- فوت بیمار، صدور گواهی فوت و جواز دفن یا ارجاع به پزشکی قانونی

ترخیص از بیمارستان به محل اقامت

- ترخیص آخرین مرحله تماس بیمار یا همراهان وی با سیستم درمانی به ویژه بیمارستان بوده، یکی از مهم ترین عوامل تاثیر گذار در رضایتمندی آنها و سلامت بیمار می باشد. زیرا بسیاری از وقایع ناخواسته طی دو تا سه هفته اول بعد از ترخیص برای بیمار رخ میدهد. که بیش از ۷۵ درصد آنها قابل پیشگیری می باشد. تغییر رژیم دارویی یا شروع رژیم دارویی جدید، شایعترین عامل این آسیب ها بوده و بعد از آن، عدم راهنمایی مناسب، یا عدم رعایت دستورات در خصوص: "نحوه تغذیه، فعالیت، مراقبت از زخم، پیگیری، توجه به علائم خطر و هشدار، فیزیوتراپی، تنظیم قند خون، و تغییرات دیگری که باید در سبک زندگی صورت گیرد،" از علل شایع دیگر می باشد.

- به همین دلیل پزشک و کادر درمان، این مسئله را همواره باید در ذهن داشته باشند که: ترخیص بیمار به معنی قطع مراقبت و ارائه خدمات نبوده، بلکه بخش دیگری از فرآیند ارائه خدمت مستمر به صورت حضوری یا غیر حضوری به بیمار می‌باشد که اهمیت ویژه‌ای در دریافت نتیجه مناسب دارد. ارائه خدمت در مواقعی می‌تواند، به صورت حضوری با حضور بر بالین بیمار در منزل یا مراجعه مجدد بیمار به بیمارستان باشد. ولی در اغلب موارد، به صورت غیر حضوری به عنوان برنامه‌های از پیش ارائه شده، در نظر گرفته می‌شود.

- طولانی شدن زمان ترخیص، سبب مشکلات زیادی برای کادر درمان و بیمار خواهد شد. کاهش اعتماد به سیستم درمانی، افزایش هزینه‌های درمانی برای بیمار و در بسیاری موارد تحمیل هزینه به بیمارستان، زخم‌های فشاری، سقوط از تخت، ناراحتی‌های روحی و روانی، اختلالات خلقی - ذهنی از جمله دلیریوم، مشکلات خانوادگی، افزایش عوارض ناشی از خطاهای پزشکی و وقایع ناخواسته دیگر از آن جمله است.

- از طرفی ترخیص فرایندی است که در آن، بیمار بعد از گذراندن یک دوره حاد بیماری و دریافت مرتب داروها، مراقبت مناسب، کنترل مداوم علائم حیاتی و تنظیم آنها، از بیمارستان خارج شده و به حال خود رها می‌شود. افراد آسیب پذیر مانند: "کودکان خردسال، سالمندان، افراد با بهره هوشی پایین، بی خانمان‌ها، معتادان، افرادی که در مراکز نگهداری مانند زندان، پادگان، خوابگاه‌ها، مراکز نگهداری بهزیستی اقامت دارند،" احتمال بیشتری دارد، آسیب ببینند.

- افراد بد سرپرست یا بی سرپرست که خارج از موارد فوق بوده و اغلب نادیده گرفته می‌شوند نیز، بعد از ترخیص، احتمال آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به دیگر بیماران دارند و نیازمند توجه ویژه هستند. برای نمونه می‌توان به کودکان بد سرپرست، یا زنانی که از توجه لازم برخوردار نیستند، اشاره نمود. بیمارستان باید برای این موارد، با مشارکت نهادهای اجتماعی مربوطه و مددکاران، برنامه مشخصی داشته باشد، تا از ایجاد آسیب بعد از ترخیص در آنها کاسته شود. یا ترخیص، بعد از اطمینان از شرایط مناسب بعد از ترخیص، صورت گیرد.

- از طرفی بعضی از بیماران به دلیل شرایط خاص خود، در معرض خطراتی مانند: "سقوط، خودکشی یا آسیب به خود، آسیب به افراد دیگر، زخم بستر، تداخلات دارویی به ویژه در موارد پلی فارمسی، کاهش یا افزایش آب و الکترولیت، اسید و باز، قند خون، عفونت محل جراحی و غیره" می‌باشند. این بیماران یا سرپرستان آنها، باید به روشنی در خصوص موارد فوق آگاه شده، نحوه مراقبت، فعالیت و جابجایی، مسافرت، تغذیه، استحمام و علائم خطر این موارد به آنها گوشزد شده و تاکید بر مراجعه در صورت مواجهه با علائم خطر و هشدار صورت گیرد. بهتر است بیمارستان و پزشک معالج، برنامه مدونی برای ترخیص هر یک از گروه‌های در معرض خطر داشته باشد. راه‌های ارتباطی مناسب بیمار با تیم‌های ارائه کننده خدمت، جهت ترخیص ایمن بیمار، برقرار شود. برای کاهش خطرات ناشی از ترخیص بیماران، چارچوب‌هایی علمی تدوین شده است که به دلیل اهمیت موضوع و کم توجهی به آن در سیستم بهداشتی درمانی، در این قسمت به صورت مبسوط به آن اشاره می‌شود.

60 اصول کلی ترخیص علمی از بیمارستان شامل موارد زیر می باشد:

۱. بهبودی بیمار و امکان ترخیص بیمار از نظر وضعیت بالینی
۲. انجام شدن مشاوره های ضروری
۳. آماده شدن آزمایشات و پاراکلینیک و رویت آن توسط پزشک
۴. تایید ترخیص از سرویس های دیگر
۵. آخرین ویزیت قبل از ترخیص بیمار و اعلام ترخیص به بیمار یا همراه وی
۶. بررسی امکان ترخیص بیمار بر اساس شرایط بعد از ترخیص
۷. نوشتن دستور ترخیص، خلاصه پرونده و نظارت بر تکمیل فرم های مربوطه جهت ترخیص

بهبودی بیمار و امکان ترخیص بیمار از نظر وضعیت بالینی:

- بنا بر تشخیص پزشک معالج، زمانی که بیمار به اندازه کافی بهبودی پیدا کرده که بتواند بیمارستان را ترک نماید و یا اقدامات مورد نظر برای بیمار صورت گرفته و بستری بودن در بیمارستان کمک بیشتری به او نمی‌کند، زمان ترخیص بیمار از نظر بالینی فرا رسیده است.
- علاوه بر بالین بیمار، توجه به خطرات بیرون از بیمارستان برای بیمار، به ویژه افراد ناتوان، محجور، کودکان، سالمندان و بی خانمان‌ها یا افرادی که در مراکز نگهداری گروهی زندگی می‌کنند، بیماران روانی که احتمال آسیب به خود یا شخص دیگر را دارند، بیمارانی که توانایی تهیه دارو و مصرف آن، مراقبت از زخم یا انجام دستورات ضروری دیگر را ندارند، قبل از ترخیص، ضرورت دارد.

بهبودی بیمار و امکان ترخیص بیمار از نظر وضعیت بالینی

۱. توجه به حال عمومی
۲. خطرات بیرون بیمارستان برای بیمار
۳. در کودکان، افراد ناتوان و محجور آیا امکان مراقبت وجود دارد یا نه؟
۴. در بیماران روانی احتمال آسیب به خود و دیگران
۵. تهیه دارو، فیزیوتراپی، پانسمان، استراحت بعد از درمان و ...

آخرین ویزیت قبل از ترخیص بیمار و اعلام ترخیص به بیمار یا همراه وی

۱. ترخیص با شرایط از قبل تعیین شده (جراحی)
۲. ترخیص تلفنی
۳. ترخیص با پیش آگهی قبلی (تغییر پزشک)
۴. ترخیص بدون توجه به وضعیت بالینی بیمار (خونریزی داخلی)

بررسی امکان ترخیص بیمار بر اساس شرایط بعد از ترخیص

۱. شرایط نگهداری در منزل
۲. امکانات ویژه
۳. دسترسی به موارد اورژانسی
۴. دسترسی به پزشک برای پیگیری درمان

- برای مثال فرد معتاد بی خانمان که عفونت منتشر داخلی داشته و بستری گردیده است، باید بعد از تبدیل داروی تزریقی به خوراکی مرخص گردد، اگر به دلیل شرایط خاص وی، احتمال برود که مصرف داروی خوراکی برای او مقدور نیست، چند روز بستری بیشتر این فرد، تا اتمام دوره آنتی بیوتیک تراپی، ضرورت دارد. اما برای افرادی که انتظار می‌رود، بتوانند دارو را تهیه و مصرف نمایند به هیچ وجه توصیه نمی‌شود.

- مثال دیگر بیماری است که به دلیل درجاتی از کاهش سطح هوشیاری دچار اختلال ذهنی شده، و به تنهایی زندگی می‌کند. این فرد حتی اگر قابل ترخیص نیز باشد، تا تعیین تکلیف وضعیت اختلال ذهنی یا انتقال به مکانی که امکان مراقبت از وی مهیا باشد، نظیر: "خانه سالمندان یا مراکز نگهداری بهزیستی"، باید در بیمارستان تحت نظر باشد.
- یادآوری این نکته خالی از لطف نیست که توجه به شرایط بیمار بعد از ترخیص، مانند: امکانات ویژه ای که بیمار بعد از ترخیص نیاز دارد، از جمله: تغذیه، تعویض پانسمان، دسترسی به اورژانس در موارد اورژانسی، دسترسی به پزشک برای پیگیری درمان در مواردی که پیگیری ضرورت دارد، از مهم ترین مواردی است که باید در نظر پزشک معالج برای ترخیص بیمار باشد.

انجام مشاوره‌های ضروری و توجه به آنها:

- در بررسی پرونده‌های قصور پزشکی، گاهی مشاوره‌هایی دیده می‌شود که اهمیت موضوع خاصی را به پزشک معالج گوشزد نموده و پزشک معالج بدون توجه به آنها بیمار را مرخص کرده است. یا مشاوره ضروری که باید صورت می‌گرفته، درخواست نشده، یا قبل از انجام مشاوره بیمار ترخیص شده است. بیماری را در نظر بگیرید، که به علت مصرف بیش از حد دارو به قصد خودکشی، در بیمارستان بستری شده است. بعد از برطرف شدن خطر مسمومیت با حال عمومی خوب مرخص می‌شود. در چنین فردی انجام مشاوره روانپزشکی، برای بررسی احتمال خودکشی مجدد ضروری می‌باشد. پزشک معالج صرف نظر از این ضرورت، اقدام به ترخیص بیمار نموده و بیمار چند روز دیگر اقدام به خودکشی می‌کند.

انجام مشاوره‌های ضروری و توجه به آنها:

- مثال دیگر: بیمار تصادفی با کاهش سطح هوشیاری، در سرویس جراحی اعصاب، تحت مراقبت قرار می‌گیرد. و بعد از انجام اقدامات تشخیصی و درمانی مربوط به این سرویس، علی‌رغم درخواست مشاوره جراحی، بدون اینکه به پارگی کبد یا آسیب روده‌ای ناشی از ضربه به شکم در تصادف توجه گردد، از بیمارستان مرخص می‌شود.

انجام مشاوره‌های ضروری و توجه به آنها:

- مشاوره داخلی برای تنظیم قند خون، مشاوره برای کنترل زخم‌های گوارشی و پیشگیری از آن در بستری‌های طولانی مدت یا بیماران ترومایی، مشاوره عفونی در بیماران دارای زخم‌های سطحی و عمقی و اینتوبه، مشاوره مسمومیت در بیمارانی که به ماده خاصی اعتیاد دارند، مشاوره جراحی برای ترومای شکم و قفسه سینه، مشاوره جراحی اعصاب برای تروماهای سر و گردن و ستون فقرات، مشاوره ارتوپدی برای ترومای اندامها، مشاوره نورولوژی و روانپزشکی برای اختلالات خلقی ناشی از بیماریهای متابولیک، از مواردی است که یا درخواست نگردیده و یا به پاسخ آنها توجهی نشده و با ترخیص زودهنگام سبب آسیب بیمار گردیده است.

توجه به آزمایش‌ها و پاراکلینیک توسط پزشک معالج:

- آزمایش‌ها، رادیوگرافی‌ها، نوار قلب، آندوسکوپی و غیره توسط پزشکان درخواست می‌شود. نتایج آن در پرونده ثبت شده ولی گاهی بدون توجه به آن‌ها در حالی که نکته غیر طبیعی در آن مشهود است، بیمار ترخیص می‌گردد.
- قند بالا، کم خونی شدید، اختلال اسید و باز، اختلال آب و الکترولیت، تغییرات آنزیم‌های کبدی یا سایر آنزیم‌های گوارشی، نارسایی کلیه، تست‌های انعقادی مختل، نمونه ای از آزمایش‌هایی است که در پرونده دیده می‌شود و علیرغم آن، بیمار از بیمارستان مرخص گردیده است. علاوه بر آزمایش‌ها، در گرافی‌ها، وجود خونریزی یا هوا در فضای جنب، شکستگی واضح در استخوان‌های یک اندام، قفسه سینه، مهره‌ها یا جمجمه، خونریزی مغزی یا داخل شکمی و بسیار موارد از این دست، نشانه ی عدم توجه و دقت در زمان ترخیص در پرونده‌های است که با مهر و امضای پزشک معالج، بیمار مرخص شده است.

- در یک مورد چهار ساعت بعد از ترخیص، بیمار به دلیل پنوموتوراکس، خفه شده و فوت می‌کند. بدون اینکه پزشک معالج گرافی درخواست شده توسط خودش را ملاحظه کرده باشد.
- از دیگر موارد که بسیار شایع می‌باشد، انجام نوار قلب و تغییرات مهمی است که در آن دیده می‌شود، همین بیمار بدون اقدام خاصی از اورژانس بیمارستان مرخص و در منزل فوت می‌کند. این موارد شامل عدم رویت نوار قلب توسط پزشک درخواست کننده، یا عدم توجه به تغییرات به دلیل عدم مهارت در خواندن نوار قلب یا کم توجهی به نوار قلب می‌باشد.

- رویه غلطی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مرسوم شده است که: "بیمار با شرایط از قبل تعیین شده به ویژه در سرویس‌های جراحی مرخص می‌گردد." قبل از انجام جراحی، جراح با تاکید بر بالین بیمار دستوری بدینگونه صادر می‌کند: "در صورت علائم حیاتی پایدار، داشتن تحمل خوراکی و راه رفتن در بخش، بیمار مرخص می‌باشد." دستورهایی از این نوع، در مراکز درمانی به کرات دیده می‌شود. غافل از اینکه پایدار بودن علائم حیاتی، داشتن تحمل خوراکی و راه رفتن در بخش، در کنار بسیاری موارد دیگر، نمی‌تواند تضمینی برای ترخیص ایمن بیمار باشد. برای مثال در یک مورد، دستور ترخیص بیمار با متن فوق از سرویس جراحی داده شده و بیمار ۱۲ ساعت بعد از ترخیص، با شوک به بیمارستان آورده شده است. در بررسی پرونده، افت شدید هموگلوبین مشهود بود. افت هموگلوبین از شب بعد از جراحی شروع شده و به صورت سریالی ۵ واحد هموگلوبین تا هنگام ترخیص افت نموده بود. اما بر اساس دستور پزشک معالج، علائم حیاتی بیمار پایدار بوده، توان راه رفتن در بخش، و تحمل خوراکی را داشته، بنابراین ترخیص شده است.

- بدون توجه به وضعیت بالینی بیمار، ترخیص‌های مشترک نیز در بیمارستان به صورت روتین در آمده است. در حالی که پزشک معالج وظیفه دارد قبل از ترخیص، بیمار خود را ویزیت نموده و بعد از معاینه کامل و بررسی پرونده، اقدام به ترخیص بیمار نماید.
- آشکار است که ترخیص تلفنی جایگاهی در کار حرفه‌ای درمان ندارد. ترخیص در شب و ترخیص در روزهای آخر هفته یا قبل از تعطیلات، از مواردی است که خطر ترخیص نایمن را بالا می‌برد و توصیه نمی‌گردد. در موارد ترخیص عادی، بهتر است ترخیص در ساعات اولیه روز و زمان فعال بودن بیمارستان (پیش از ظهر) صورت گیرد. تا تمامی عوامل درمانی و اداری که در فرایند ترخیص مشارکت دارند، حضور داشته باشند.

74 تکمیل خلاصه پرونده به صورت کامل، دقیق و قابل فهم برای بیمار:

خلاصه پرونده، منعکس کننده علت مراجعه بیمار، وضعیت اولیه بیمار در هنگام مراجعه به بیمارستان، اقدامات صورت گرفته شامل: اقدامات تشخیصی- درمانی، خلاصه‌ای از آزمایش‌ها و نتایج پاراکلینیک، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، داروهای تجویز شده و توصیه‌های صورت گرفته به بیمار می‌باشد. این توصیه‌ها بسته به مورد، شامل: "نحوه پیگیری درمان، چگونگی دسترسی به پزشک معالج یا کادر درمان به صورت اورژانسی و یا از پیش تعیین شده، زمان مراجعه بعدی، رژیم غذایی، استراحت و نحوه فعالیت و میزان آن، جابجایی، امکان مسافرت یا عدم امکان مسافرت، استحمام، علائم خطر و هشدار" می‌باشد.

همچنین باید مشخص گردد که بیمار در کجا و چه زمانی پیگیری‌های لازم مانند آزمایش‌ها، گرافی‌ها، فیزیوتراپی، کشیدن بخیه، تعویض پانسمان و غیره را انجام داده و نتایج آن را به چه صورت به پزشک معالج انتقال بدهد. اگر فرم‌های خاصی به بیمار داده می‌شود، مانند نحوه مراقبت از خود، علائم هشدار و خطر جدی، تشریح شرایط حاد، فرم‌های مخصوص مراقبت، تغذیه و فعالیت، در برگه خلاصه پرونده به آن‌ها اشاره شود.

اهمیت خلاصه پرونده

75

-
۱. ثبت وضعیت اولیه
 - مانند
 ۲. اقدامات صورت گرفته
 - پیگیری درمان و مراجعه بعدی
 ۳. وضعیت بیمار هنگام ترخیص
 - رژیم غذایی
 ۴. داروهای بعد از ترخیص
 - فعالیت و استراحت
 ۵. توصیه های صورت گرفته به بیمار
 - علایم هشدار و...

76 در یکی از فرمت‌های جامع ترخیص که به طرح **SMART DISCHARGE** معروف شده، توجه ویژه ای به مشارکت فعال بیمار، خانواده و درمان‌گر، در امر ترخیص صورت گرفته است.

- **SMART DISCHARGE** مخفف کلمات زیر می‌باشد:

- **Signs:** علایم هشدار و اهمیت آن‌ها به بیمار گفته شده، توجه به آن‌ها، مراجعه در صورت مواجهه، یا راهکارهای دیگر مانند: مصرف دارو، استراحت، تماس با اورژانس توضیح داده شود.

- **Medications:** به زبان ساده و قابل درک برای بیمار یا همراه وی، موارد زیر تشریح گردد: "نام داروهای جدیدی که به بیمار داده شده و مکانیسم اثر و عوارض آنها چیست؟ تداخلات دارویی با داروهای قبلی دارد یا نه، زمان و نحوه مصرف، دلایل قطع و عوارض قطع یا مصرف نامنظم دارو چه می‌باشد."

- **Appointments:** به اطلاع بیمار یا همراه وی رسانده شود که: مراجعه بعدی در چه زمان و در چه مکانی باشد، نحوه دسترسی به درمان‌گر در شرایط اورژانس و در موارد غیر اورژانسی به صورت تلفنی یا حضوری چگونه است.
- **Results:** اهمیت انجام بررسی‌های پاراکلینیکی، و نحوه اطلاع درمان‌گر از نتایج آن‌ها به بیمار یا مراقب وی گفته شود.
- **Talk with me:** یادآوری گردد بیمار یا همراهان او میتوانند به صورت متناوب در زمان بستری، هنگام ترخیص و بعد از آن سوالات خود را از درمان‌گر بپرسند.

ترخیص بیمار با هدف ارجاع به پزشک دیگر

به دلایل مختلف، ممکن است پزشک مجبور باشد، بیمار خود را، به پزشک دیگری معرفی نماید تا ادامه درمان او را به عهده بگیرد. از مهمترین دلایل آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- خستگی بیمار از روند درمان و نارضایتی‌های ایجاد شده از روند درمان
- تغییر روش درمانی
- تعطیلی مطب به هر دلیل، تغییر آدرس مطب، پایان ماموریت پزشک در منطقه یا بازنشستگی پزشک از سازمان یا ارگان مربوطه

ترخیص با هدف ارجاع به پزشک دیگر

۱. مسافرت
 ۲. بیماری
 ۳. ناتوانی
 ۴. مشکلات فردی و بین فردی
 ۵. و....
- قبل از شروع درمان
- حین درمان
- پیگیری

ترخیص بیمار با هدف ارجاع به پزشک دیگر

- بسیاری از پزشکان قبل از شروع درمان و در همان ویزیت اول، بیمار را به متخصص مربوطه یا پزشک حاذق‌تر ارجاع می‌دهند. در مواردی هم ویزیت اولیه سبب می‌شود که پزشک یا بیمار متوجه عدم ارتباط مناسب با هم شده و ادامه درمان به فرد دیگری واگذار شود. برخی از همکاران در حین درمان متوجه پیچیدگی کار یا مشکل ارتباطی با بیمار شده و در کمال آرامش بیمار را به فرد دیگری معرفی می‌کنند. در بسیاری موارد بعد از اتمام درمان‌های مربوط به متخصص مربوطه، برای ادامه درمان بیمار به شخص دیگری با تخصص مورد نیاز ارجاع می‌شود. مثال بارز آن بیمارانی هستند که بعد از جراحی تومور، برای شیمی درمانی یا رادیوتراپی به تخصص‌های مربوطه ارجاع می‌شوند. یا بیماری است که بعد از درمان مسمومیت، با هدف پیشگیری از خودکشی مجدد، به روانپزشک معرفی می‌گردد. بعضی از پزشکان مانند جراحان معروف برای پیگیری بیماران خود، بیمار را به پزشکان دیگر از جمله دستیاران خود ارجاع می‌دهند.

ترخیص بیمار با هدف ارجاع به پزشک دیگر

- اما همیشه ترخیص بیماران با هدف ارجاع به پزشک دیگر، به این سادگی نیست. یافتن پزشک جانشین برای بیماری با پیش آگهی بد، دردسر ساز و مشکل که همکاری مناسبی ندارد، همیشه آسان نیست. راضی کردن بیمار جهت مراجعه به پزشک دیگر به ویژه بیماری که از عملکرد پزشک خشمگین شده و یا اختلال رفتاری دارد و نمی تواند با درمان گر خود رابطه مناسب برقرار کند، یکی از دشوارترین برنامه های مدیریتی درمان گران است. اغلب این بیماران پزشکان بی شماری را تجربه کرده اند و می دانند که جدا شدن از این پزشک نیز یک تجربه ناموفق دیگری خواهد بود. بنابراین ترجیح می دهند، همین رابطه نامناسب را ادامه دهند تا رابطه جدیدی را شروع کنند.

ترخیص بیمار با هدف ارجاع به پزشک دیگر

- راهکارهایی برای این موارد دارای مشکلات فراوان در نظر گرفته شده است. از این راهکارها می‌توان به الزام بیمار به انجام مشاوره با پزشک یا پزشکان مورد نظر، اعلام صریح به بیمار در مورد عدم مهارت در درمان وی یا ارتباط مناسب با وی، درخواست از همراهان بیمار که ارتباط مناسب‌تری با درمان‌گر برقرار می‌کنند و توضیح به آن‌ها، برای راضی کردن بیمار جهت تغییر درمان‌گر، اشاره کرد.
- اگرچه این راهکارها کمک کننده است ولی در بسیاری از موارد نمی‌توان بیمار به ویژه بیمارانی دارای مشکلات فراوان را به خوبی مدیریت کرد و این کار نیازمند گرفتن راهنمایی و مشاوره از افراد با تجربه تر به ویژه متخصصین پزشکی قانونی می‌باشد. در بعضی موارد به اجبار باید با تشکیل جلسه و بحث و تبادل نظر با تصمیم گیری جمعی، برای این موارد، چاره‌ای اندیشید.

دخالت سایر پزشکان در امر درمان

- دخالت سایر پزشکان در امر درمان
- بعضی از بیماران یا بستگان آنها، تمایل دارند علاوه بر پزشک معالج یا در بعضی از شرایط به جای پزشک معالج، پزشک مورد نظر آنها که می‌تواند؛ پزشک خانوادگی یا توصیه شده از طرف فرد دیگری باشد، بیمار را ویزیت کرده و اظهار نظر نماید. پزشک مهمان با اجازه پزشک معالج یا بدون اطلاع وی و به عنوان ملاقات کننده، بیمار را ویزیت کرده و دستورات خاصی مانند: "تجویز دارو، انجام آزمایش یا فعالیت ویژه" را صادر می‌کند. بیمار یا تصمیم‌گیرنده وی بر انجام این موارد پافشاری نموده اما پزشک معالج با انجام آنها مخالفت می‌نماید. در بعضی مواقع خود بیمار موافق پزشک معالج بوده ولی بستگان وی بر انجام دستورات پزشک مهمان پافشاری می‌کنند.

دخالت سایر پزشکان در امر درمان

- در تمامی موارد فوق، چون بر اساس ماده ۱۸ "آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته" مسئولیت بیمار با پزشک معالج می باشد. و در ماده ۱۹ همین آیین نامه تاکید شده است که: "پزشک معالج است که تصمیم می گیرد دستورات پزشک مهمان را بپذیرد یا خیر،" در صورت اختلاف، پزشک معالج می تواند از ادامه درمان بیمار خود را معاف نماید. البته شرایط اورژانسی از این حالت مستثنا می باشد.

دخالت سایر پزشکان در امر درمان

- بنابر مواد فوق که به روشنی موضوع را بیان نموده اند و سایر مواد مرتبط که نیازی به اشاره به آنها نیست، پزشک معالج مسئول بیمار می باشد و مسئولیت پاسخگویی در خصوص هر نوع عوارض و آسیب های وارد شده به بیمار را دارد. بنابراین دخالت دیگران در درمان، باید با اجازه ایشان صورت بگیرد. بدیهی است عدم رضایت پزشک معالج برای انجام دستورات فرد دیگر، از حقوق مسلم پزشکان معالج می باشد.

انتقال بیمار به مراکز دیگر

یکی از مسائل پزشکان در مراکز درمانی، بیمارستانها، به خصوص در بخش‌های اورژانس، لزوم انتقال بیمار به بیمارستان‌های دیگر می‌باشد. از دلایل انتقال بیمار به بیمارستان یا مرکز درمانی دیگر می‌توان به:

- ۱- نیاز به خدمات تخصصی برای بیمار و نبود تخصص مورد نظر در مرکز یا بیمارستان مبدا
- ۲- نیاز به امکانات خاص تخصصی و نبود آن امکانات در مرکز یا بیمارستان مبدا
- ۳- نبود تخت خالی در مرکز یا بیمارستان مبدا به خصوص تخت‌های ویژه مانند (ICU یا CCU)

انتقال بیمار به مراکز دیگر

-
- 4- شلوغی بیمارستان مبدا و تقسیم بیماران به سایر مراکز، مانند حوادث دسته جمعی یا تصادفات زنجیره‌ای که ظرفیت خدمت رسانی بیمارستان را اشباع کرده و نیاز به کمک سایر مراکز می‌باشد.
 - 5- عدم رضایت بیمار از وضعیت موجود و تقاضای وی جهت انتقال به مراکز دیگر
 - 6- انجام عمل‌های خاص جراحی که نیاز به حمایت‌های ویژه در حین عمل و بعد از عمل جراحی داشته و عموماً در مراکز ژنرال (مراکزی که همه بخش‌ها را دارند) امکان پذیر است.

انتقال بیمار به مراکز دیگر

- این انتقال می‌تواند به صورت موقت (برای انجام یک مشاوره تخصصی یا عکسبرداری ویژه یا بستری چند روزه) باشد یا به صورت دائم، بیمار از بیمارستان مبدا مرخص و به بیمارستان مقصد منتقل شود.
- در بسیاری موارد قبل از اینکه بیمار به پزشک درمانگر یا حتی پزشک اورژانس (تریاز) برسد، نگهبان، اطلاعات، پذیرش و.... بیمارستان، بیمار را از نبود تخصص یا امکانات مورد نیاز، آگاه کرده و بیمار قبل از پذیرش به مرکز درمانی یا بیمارستان دیگر مراجعه می‌نماید.

انتقال بیمار به مراکز دیگر

- اما در مواردی پذیرش صورت گرفته و بیمار به توصیه های پزشک اورژانس و یا سطوح بالاتر به بیمارستان دیگری معرفی می شود. که در اغلب موارد خود بیمار تصمیم می گیرد، بعد از ترخیص از بیمارستان مبدا به مرکز درمانی یا بیمارستان مقصد مراجعه نماید.
- در بعضی موارد، اقدامات اولیه برای بیمار صورت گرفته (مانند اقدامات اورژانسی) و برای اقدامات تکمیلی به بیمارستان یا مرکز درمانی دیگر معرفی می شود که این معرفی می تواند با ترخیص بیمار و مراجعه خود وی به مرکز دوم و یا معرفی نامه رسمی و انتقال از طریق ستاد فوریت ها یا سیستم ارجاع صورت پذیرد.

انتقال بیمار به مراکز دیگر

- در اغلب بخش‌ها و شهرستان‌ها، پزشکان بیماران را از طریق سیستم ارجاع به بیمارستان‌های معین معرفی می‌نمایند. در سایر موارد با توجه به نبود امکانات یا تخصص مربوطه یا تخت خالی و نیازمند بودن بیمار به موارد فوق، پزشک درمانگر تصمیم می‌گیرد که بیمار را به مرکز دیگری منتقل نماید. برای یکسان و قاعده مند کردن پروسه انتقال بیمار به مراکز دیگر دستورالعملی نوشته شده است که در زیر به صورت کامل می‌آید.

ارجاع بیمار (دستور العمل انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر)

- هدف : هدف از تدوین این دستور العمل تشریح نحوه پذیرش و انتقال بیماران بیمارستان به مراکز درمانی دیگر از طریق ستاد فوریتهاست

- شرح عملیات :

- فرم شماره یک ستاد در دو برگ توسط پزشک یا سوپروایزر یا پرستار بخش بطور کامل با ذکر تشخیص - سن - نام و فامیل بیمار و میزان سطح هوشیاری بیمار - ساعت اعلام به ستاد - نوع بیمه نام پزشک و مهر پزشک درخواست کننده تحت صورت می گیرد.
- دو برگ پر شده فرم یک از بخش مربوطه به سوپروایزر تحویل داده می شود.

ارجاع بیمار (دستور العمل انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر)

- هدف : هدف از تدوین این دستور العمل تشریح نحوه پذیرش و انتقال بیمار از بیمارستان به مراکز درمانی دیگر از طریق ستاد فوریتهاست

- شرح عملیات :

- فرم شماره یک ستاد در دو برگ توسط پزشک یا سوپروایزر یا پرستار بخش بطور کامل با ذکر تشخیص - سن - نام و فامیل بیمار و میزان سطح هوشیاری بیمار - ساعت اعلام به ستاد - نوع بیمه نام پزشک و مهر پزشک درخواست کننده تحت صورت می گیرد.
- دو برگ پر شده فرم یک از بخش مربوطه به سوپروایزر تحویل داده می شود.

ارجاع بیمار (دستور العمل انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر)

- تماس تلفنی با ستاد هویت انجام شده نتیجه تماس تلفنی بر روی فرم شماره یک ثبت می شود.
- عودت برگ کپی به بخش درخواست کننده تخت و بایگانی نسخه اصلی در زونکن مربوط به نگهداری برگه ها و فکس آن به ستاد.
- - توسط سوپروایزر وقت انجام می شود.
- - تماس تلفنی پزشک معالج یا رزیدنت مربوطه با مرکز مورد نیازی که توسط ستاد هدایت اعلام ظرفیت شده انجام گرفته و گزارش بیمار داده می شود.

ارجاع بیمار (دستور العمل انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر)

- - ثبت نمودن نام پزشک پذیرش دهنده - ساعت پذیرش - ساعت اعزام بیمار از مبدا - مشخصات کامل بیمار - وضعیت عمومی بیمار در هنگام اعزام از مبدا - خلاصه شرح حال و اقدامات انجام شده در مبدا که همگی این موارد توسط پزشک و در سه نسخه نوشته شده و به همراه گرافیکها و اسکن و کپی آزمایشات به فرد تحویل دهنده بیمار که می تواند : پزشک همراه بیمار (انترن - رزیدنت و یا تکنسین - یا پرستار همراه و.....) باشد تحویل داده می شود.

ارجاع بیمار (دستور العمل انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر)

- فرد تحویل دهنده می بایستی از سه برگ تحویلی دو برگ را در مقصد به مهر و امضاء پزشک یا سوپروایزر تحویل گیرنده رسانده و هر دو را به بیمارستان مبدا برگردانده که یکی به ستاد فکس شده و یک برگ هم جهت حفظ در پرونده به بخش اعزام کننده تحویل شده تا در پرونده بیمار بایگانی گردد.

- زمانی که شرایط عمومی بیمار اعزامی از مرکز مبدا در زمان گزارش بیمار به مرکز مقصد با شرایط عمومی بیمار در هنگام ورود به مرکز مقصد مطابقت نداشته و یا شرایط اعزام بیمار را رعایت ننموده و یا اصولاً بیمار بدون هماهنگی به این مرکز (مرکز مقصد) اعزام شده باشد فرم نابسامانی در امر پذیرش جهت ارسال به ستاد توسط پزشک بیمارستان مقصد پر می شود.

ارجاع بیمار (دستور العمل انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر)

— سوپر وایزر فرم نابسامانی را که در دو نسخه توسط رزیدنت مقصد پر شده است تحویل گرفته و ضمن اطلاع به ستاد هدایت و ثبت نتیجه تماس در هر دو برگ ثبت و یک برگ جهت ضبط در پرونده بیمار عودت داده می شود و یک برگ هم پس از فکس به ستاد در زونکن برگه های فکس شده به ستاد در دفتر پرستاری بایگانی می شود.

تبصره : هر کدام از برگه های فرم شماره یک و دو و سه حتما باید بطور کامل پر شود تا ستاد هدایت آنرا بررسی و نتیجه را اعلام نماید

عدم ترخیص بعد از بهبودی

- صحبت با بیمار یا بستگان وی
- راهکارهای درون بیمارستانی
- راهکارهای قضایی

ترخیص با رضایت شخصی

چگونگی برخورد با بیمار یا تصمیم گیرنده وی در موارد:

عدم پذیرش دریافت خدمات تشخیصی و درمانی

ترخیص با رضایت شخصی

- کودکان
- ناتوان ذهنی
- مجانین و بیماران روانی
- سالمندان با مشکلات حافظه
- مسمومیت هایی که سبب اختلال سطح هوشیاری می شوند

ترخیص با رضایت شخصی برای:

۱. بیماران بدون خطر و کم خطر
۲. بیماران با خطر نسبی
۳. بیماران پر خطر

فرد رضایت دهنده برای ترخیص

۱. خود بیمار
۲. ولی بیمار
۳. قیم بیمار
۴. سایر بستگان

بیماری حیاتی کودک

- پدر و مادر با افکار قدیمی (تعویض خون)
- پدر و مادر هر دو بی مسئولیت (معتاد)
- پدر بی مسئولیت و مادر ناتوان
- و ...

ترخیص بیماران خاص

۱. احتمال خودکشی
۲. احتمال آسیب به فرد دیگر
۳. بیماران روانی دیگر

بیماران با مشکل مالی

۱. زندانی کردن بیمار
۲. ترخیص اجباری بیمار

جدا کردن بیماران از دستگاه ونتیلاتور

۱. عدم احیاء
۲. احیاء غیر موثر
۳. جدا کردن از دستگاه

- فرار از بیمارستان یکی از تاریک ترین نکات مدیریتی بیمارستان بوده، علاوه بر مباحث مالی که اهمیت ویژه ای دارد، ناتوانی بیمارستان را در خدمت رسانی به بیمار به اشکال مختلف مانند نارضایتی، سوء استفاده از غفلت کادر درمان، پرسنل اداری و حراست برای فرار از بیمارستان، نشان می دهد. فرار از بیمارستان ممکن است سبب ایجاد صدمات شدید به بیمار یا آسیب جدی به کارکنان بیمارستان در هنگام فرار، به دلیل درگیری با کادر درمان، گردد. بنابراین راهکارهای اساسی برای پیشگیری از فرار از بیمارستان توصیه می شود.

- آموزش مسئولین پذیرش و ترخیص، پزشکان و پرستاران، نیروهای حراست و سایر افراد دخیل در پذیرش یا ترخیص و حفاظت فیزیکی بیمارستان، برای جلوگیری از فرار بیمار ضروری می‌باشد. در صورت ثبت دقیق و کامل اطلاعات بیمار، تشخیص هویت صحیح، تطبیق بیمه بیمار با خود بیمار و عدم سوء استفاده از بیمه شخص دیگر، ثبت دقیق آدرس، شماره تلفن واقعی، ضمانت کافی برای مسائل مالی، درگیر کردن خانواده، کارفرما و سایر دوستان و بستگان در پذیرش فرد و ثبت اطلاعات تماس این افراد در هنگام پذیرش، نحوه صحیح کنترل خروجی‌های بیمارستان، علاوه بر کاهش احتمال فرار فرد از بیمارستان، در صورت اقدام به فرار سبب می‌شود که راحت تر بتوان با بیمار فراری ارتباط برقرار کرده و از خطرات بعدی او را آگاه و از ایجاد آنها پیشگیری نمود.

• فرار از بیمارستان به یکی از دو روش زیر صورت می‌گیرد:

- ✓ الف: بعد از درگیری لفظی یا فیزیکی با کادر درمان یا حراست بیمارستان و یا هر دو، علیرغم تلاش کادر درمان نتوان بیمار را در بیمارستان نگه داشت. و بیمار از بیمارستان خارج شود. در این موارد امکان دارد هنگام خروج، صدماتی به بیمار وارد شده یا کادر درمان آسیب ببیند. همچنین ممکن است بیمار از اسلحه یا چیزی شبیه به آن برای صدمه زدن به خود یا دیگران یا تهدید به این کار، استفاده نماید.
- ✓ ب: فرار بدون درگیری و بدون اطلاع کادر درمان یا حراست بیمارستان.

- در چنین مواقعی مهمترین چیز، ثبت وقایع به صورت کامل و دخالت دادن عوامل مختلف می‌باشد. اقداماتی که باید صورت بگیرد عبارتند از:
- اطلاع به پزشک معالج و حراست بیمارستان یا مرکز درمانی
- تلاش برای پیدا کردن بیمار، با بازبینی فیلم دوربین‌های مدار بسته و جستجو در محوطه بیمارستان یا مرکز درمانی
- تلاش برای تماس با بیمار، خانواده بیمار یا افرادی که در پرونده، آدرس و شماره تلفن آنها ثبت شده است. در خصوص بیماران محجور، اطلاع به سرپرستان آنها ضروری می‌باشد.

- در صورت امکان تماس با افراد در معرض خطر. برای مثال: "بیمار روانی تهدید کرده است که همسرش را خواهد کشت." اگر این شخص از بیمارستان فرار کرده است، مهمترین و اولین اقدام اطلاع به همسر بیمار می باشد.
- اطلاع به مراجع ذیصلاح در مواردی که بیمار از مراکز خاصی مانند زندان، پادگان، مراکز نگهداری بهزیستی و غیره به ما ارجاع شده است.
- گزارش به معاونت درمان و اقدام بر اساس دستورالعمل و آیین نامه های مربوطه

فرار از بیمارستان

تشکیل جلسه با حضور پزشک معالج، پرستار و سرپرستار بخش، پزشکی قانونی بیمارستان، مسئول فنی، مسئول حراست و مدیریت بیمارستان و صورتجلسه کردن فرار بیمار، الصاق یک برگ از برگه صورتجلسه در پرونده و برگه دیگر در زونکن پرستاری بیمارستان. در صورتجلسه زمان فرار به تاریخ و ساعت و دقیقه، آخرین وضعیت بیمار هنگام فرار، نحوه فرار در صورت اطلاع، صدمات وارده به بیمار یا سایر افراد در حین فرار بیمار، اقدامات صورت گرفته مانند اطلاع به بیمار یا خانواده یا افراد در معرض خطر، خطرات احتمالی فرار بیمار برای خود یا دیگران، و نحوه اطلاع به مراجع ذیصلاح آورده می‌شود.

فرار از بیمارستان

- ثبت آخرین وضعیت بیمار در پرونده از جمله در برگهای سیر بیماری، گزارش پرستاری، خلاصه پرونده
- تهیه پشتیبان از فیلم دوربینهای مدار بسته که فرار بیمار را با یا بدون درگیری، با یا بدون اطلاع کادر درمان و حراست بیمارستان نشان می‌دهد. و قرار دادن آن در پرونده بیمار.

-
- در صورتی که احتمال خطر جدی برای جامعه (بیمار عفونی خطرناک) یا فرد خاص (بیمار روانی که احتمال کشتن فردی را دارد) وجود دارد، اطلاع به کلانتری و سیستم قضایی برای دستگیری بیمار ضروری است.
 - در صورتی که بیمار بدهی زیادی به بیمارستان دارد، واحد حسابداری و حقوقی بیمارستان می‌توانند از مراجع قضایی، موضوع را پیگیری نمایند.

- اغلب بیماران تمایل دارند کمترین زمان را در بیمارستان سپری نمایند. به دلایلی چون:
"مسائل مالی، حضور در جمع خانواده، حمایت عاطفی از بیمار یا بعد عاطفی حضور بیمار در خانواده، خستگی بیمار از بستری طولانی، تمایل به دوری از محیط بیمارستان برای کاهش تالعات روحی - روانی، حضور در مراسم خاص مانند: عروسی، عزاداری، امتحان، دادگاه و غیره، بی تاثیر بودن حضور بیمار در بیمارستان در روند درمان وی، خالی نبودن اتاق عمل یا وقت پزشک جراح و آماده نشدن پاسخ آزمایش یا رادیولوژی یا سایر اقدامات پاراکلینیکی،" بیمار یا تصمیم‌گیرنده وی، درخواست مرخصی موقت، از پزشک می‌نماید.

- مرخصی موقت بیمار، هیچ منع قانونی ندارد، مشروط بر اینکه: "درمان بیمار دچار اشکال نگردد و خطر جانی یا آسیب متوجه او نباشد." علاوه بر این شروط، نباید ترخیص بیمار سبب آسیب جدی فرد دیگر یا جامعه شود. یعنی اگر فردی دارای بیماری عفونی خطرناک میباشد یا احتمال آسیب به فرد دیگری برای او متصور است، ممکن است که بعد از ترخیص خودکشی بکند، احتمال دارد که از ادامه درمان صرف نظر کند، امکان مراقبت از او در زمان مرخصی مهیا نباشد، موافقت با مرخصی موقت وی خالی از اشکال نیست.

- مرخصی موقت با درخواست شخصی بیمار یا تصمیم گیرنده وی صورت گرفته و بعد از بررسی و تایید پزشک معالج، با دستور کتبی پزشک صورت می‌گیرد. همانند ترخیص، برای رفتن بیمار به مرخصی موقت، دستور کتبی پزشک معالج الزامی می‌باشد.
- بسته به شرایط بیمار و چرایی مرخصی موقت، توصیه‌های پزشک معالج، شامل: نحوه ادامه درمان در خارج از بیمارستان، نحوه مراقبت و مصرف دارو، علائم خطر و هشدار، زمان مراجعه مجدد (روز و ساعت) و نحوه مراجعه، به بیمار یا همراه وی اطلاع داده شده و در پرونده ثبت می‌شود.

۱۱۷

برگرفته شده از کتاب:

پذیرش و ترخیص بیماران

انتشارات رسانه تخصصی، سال ۱۴۰۰

ارتباط با سخنران:

aalimohammadidr@gmail.com



پذیرش و ترخیص بیماران

دکتر علی محمد علی محمدی