

اهمیت مستند سازی در درمان

دکتر خدیجه سراوانی
بورد تخصصی پزشکی قانونی و مسمومیت ها

جلوگیری از قصور

- ارتقاء دانش و تجربه
- پایبندی به مقرارت
- رعایت موازین اخلاقی
- و ثبت اقدامات انجام شده یا مستند سازی

قصور پزشکی

- شهود
- اصل بداهت وجود
- تصدیق کارشناسان

فوايد مستند سازی

مستندسازی در درمان

مستندسازی اثر بخش نشان گر کارگروهی و پیوستگی و انسجام بین تمام تخصص هاست.

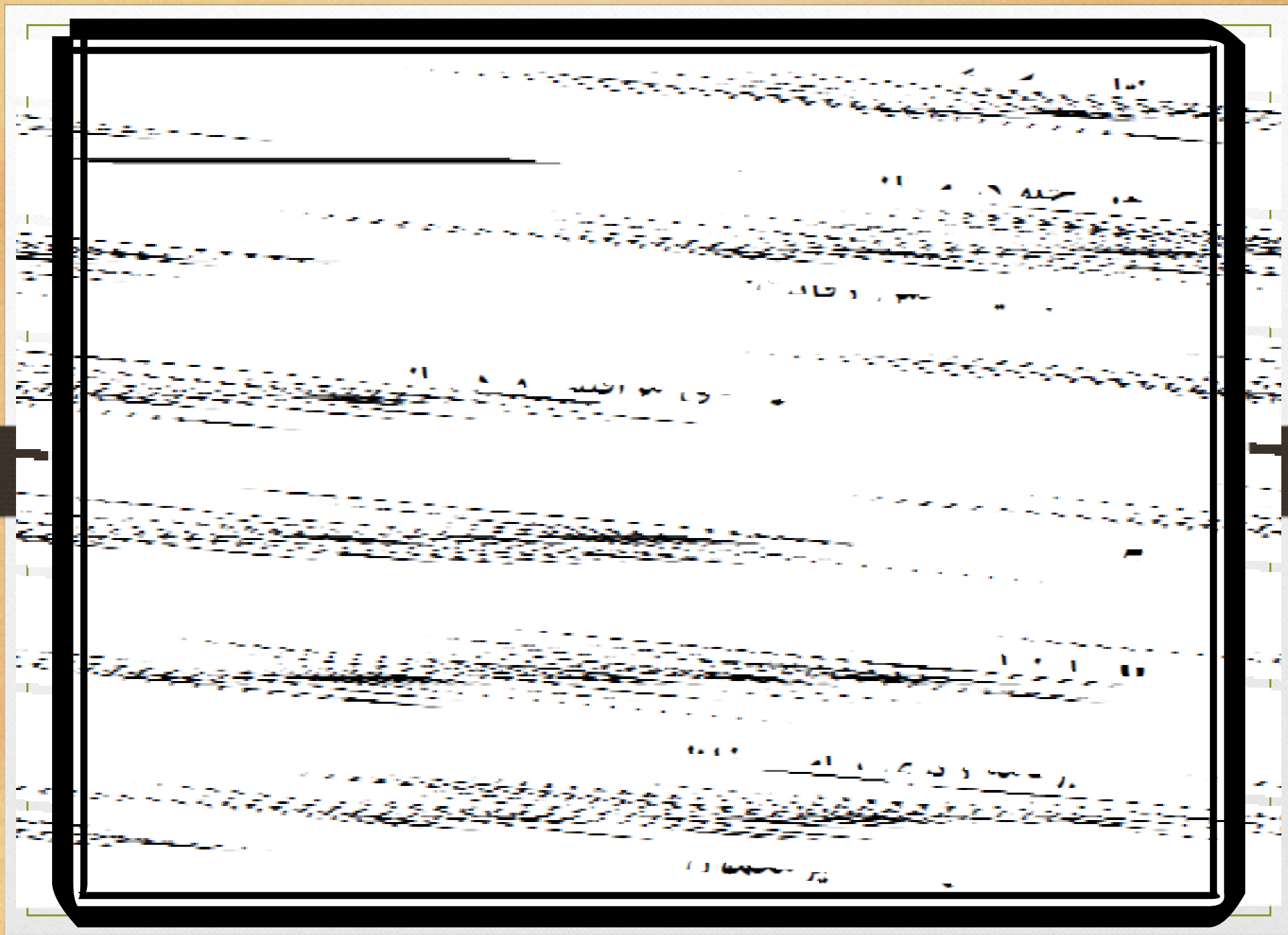
گزارشات ثبت شده تنها منبع اطلاعاتی شروع وقایع از پذیرش تا ترخیص است.

گزارشات ثبت شده، نه تنها در قضاوت های کیفی و قانونی استفاده می شود بلکه تنها منبع ارتباطی بین

تیم درمانی است

دلایل مستندسازی:

1. ارزیابی پاسخ مددجو به مراقبتهای درمانی:
2. مدافع سیستم درمانی و مددجو:
3. قضاوت و ارزیابی:
4. تعیین استاندارد مراقبت
5. تنها مدرکی است که در مراجع قضایی از آنچه بر بیمار گذشته است قضاوت می کنند:
بهترین وسیله نظارت بر سیستم بهداشت و درمان است.



مزایای ثبت کامل:

1. اطلاعات بیشتر برای تیم درمان:
2. مراقبت و درمان کامل:
3. تصمیم گیری بهتر برای درمان
4. تحقیق همه جانبه در سیستم درمانی
5. پی بردن به اشکالات در روند درمان:

ویژگی مستندات

کامل بودن (Completeness) از لحاظ کمی

دقیق بودن (Accuracy) به معنی فاقد اشتباه بودن

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

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

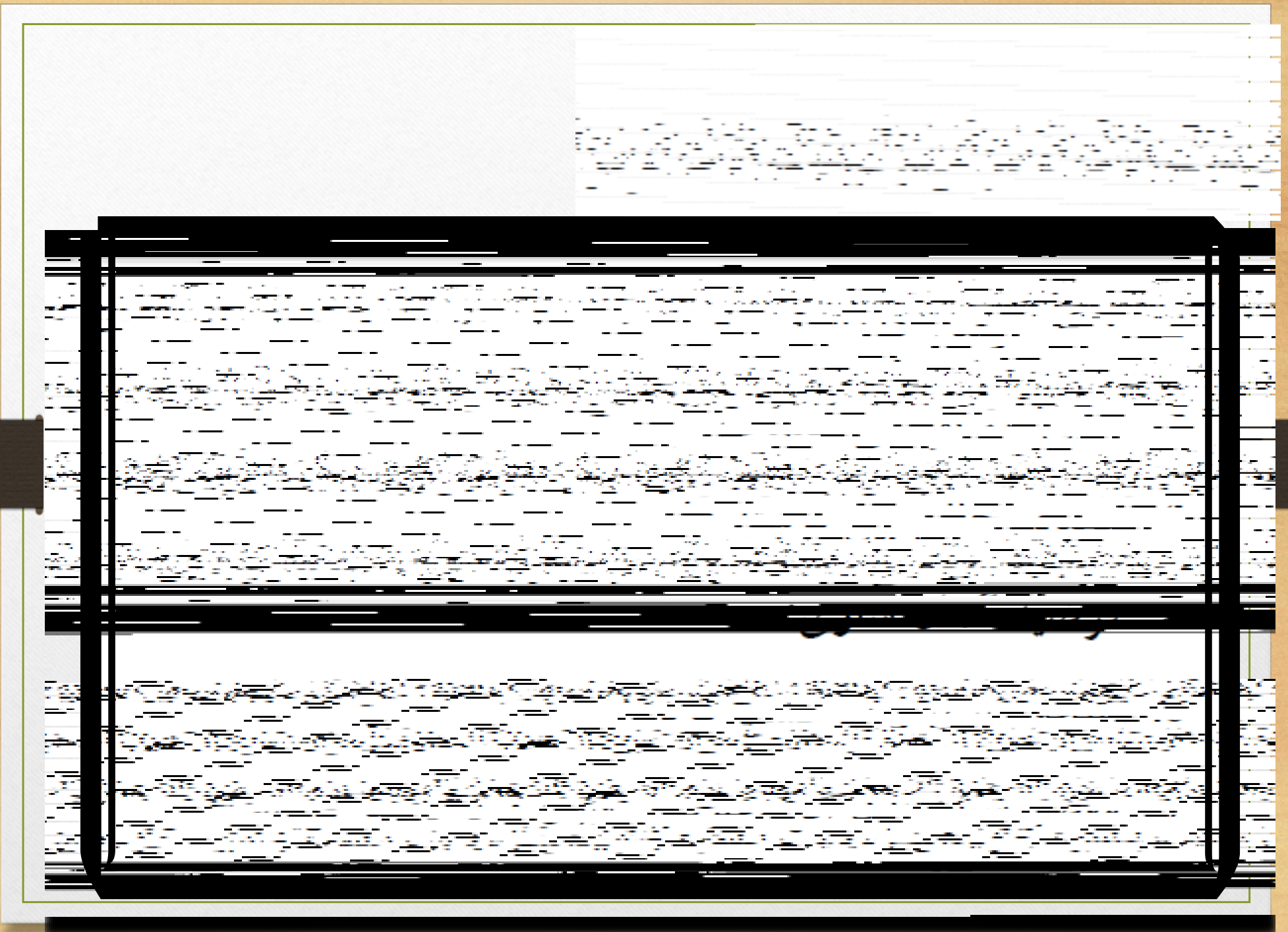
CHICAGO, ILLINOIS

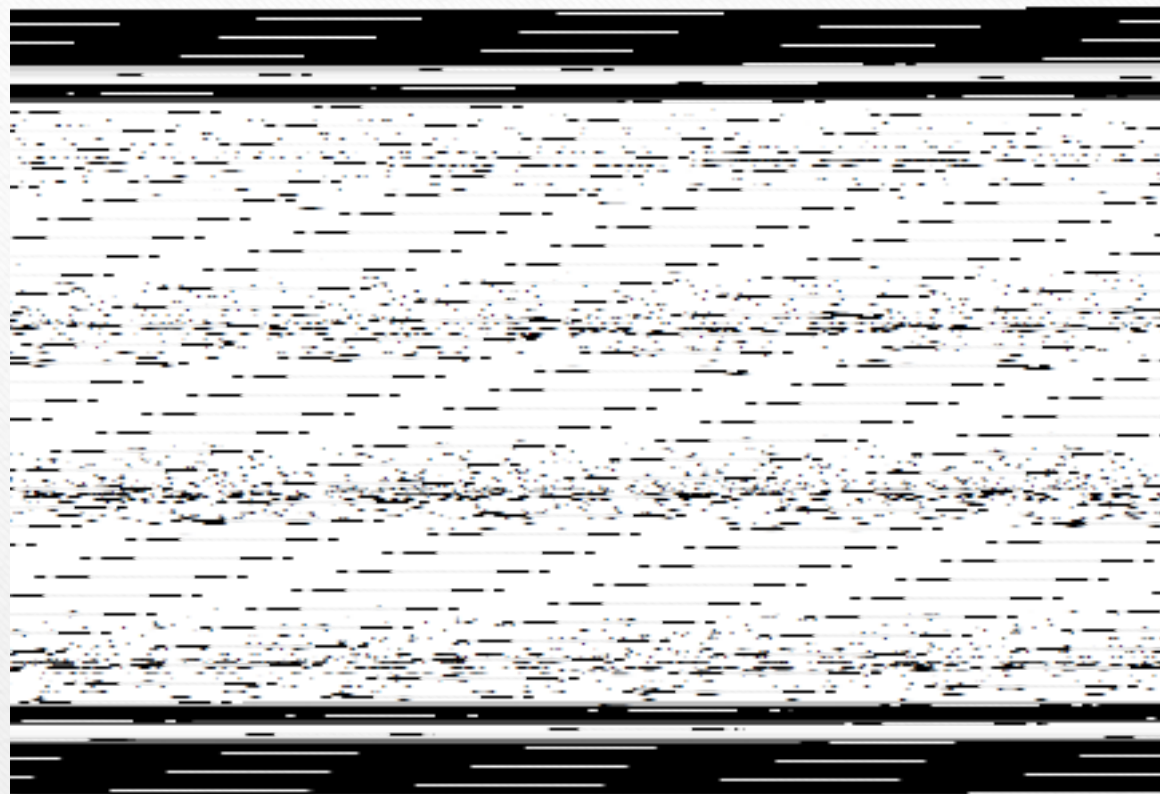
THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS





9. اطلاعات ارتباطی به صورت خوانا باشد:

10. استفاده از خودکار مشکی یا آبی:

11. ثبت امتناع بیمار از مصرف دارو یا مراقبت

12. ثبت برنامه ترخیص:

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 سهل انگاری
های درمانی بر این نظر هستند که "آنچه
در پرونده ثبت نشده یعنی انجام نشده"

چگونه
مستند سازی
انجام شود؟

-پرونده پزشکی باید خوانا باشد

در هنگام درخواست مشاوره :

Request ,Render, Report

یعنی درخواست پزشک ، نظریه مشاوره دهنده و هرگونه خدمات دستور داده شده باید وجود داشته باشد و یک گزارش دراین خصوص 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 ننمایید 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
نمایید

به خاطر داشته باشیم که :

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

• دستور العمل تصحيح خطا:

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

- تصحیحات باید به گونه ای انجام شود که رویت داده نادرست بوضوح و به سهولت دیدن اطلاعات صحیح باشد.
 - در صورت وجود فضای خالی بین خطوط گزارشات بایستی یک خط در این فضای خالی کشیده شود تا از تحریف جلوگیری شود.
-
- اگر مطلبی بطور تصادفی از قلم افتاده است ، لازم است آن مطلب بعد از آخرین مستندات (همراه با توضیح حذف شدگی و علت قرار نگرفتن آن در سیر و توالی منطقی مطالب) درج گردد.

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

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

• دستکاری ها:

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

- فقدان اطلاعات آموزشی به بیمار:

-
- عدم وجود مستندات در مورد محدودیتهای فعالیتی بیمار

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

در برگه خلاصه پرونده

-تشخیص نهایی

-اقدامات درمانی

-اعمال جراحی

-مهر استاد

ثبت نشده است

به یاد داشته باشیم :

جهل به قانون رافع مسئولیت نیست.

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

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

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