

به نام خدا

اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی

دکتر مهر ناز کاتبی
متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت ها

مقدمه

- پرونده پزشکی ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی و بهداشت است.
- مستندسازی پرونده پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه متخصصین و امور بهداشت است

اهمیت و اهداف مستند سازی

- ابزار ارتباطی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی درمانی
- ارزیابی مراقبت های بهداشتی درمانی
- مدرک قانونی
- پژوهش و آموزش
- بازپرداخت هزینه های درمانی توسط ادارات بیمه
- بهبود عملکرد

تعریف

➤ مستند سازی یا پرونده نویسی، فرایند ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و درمان بیمار است.

➤ مستند سازی نوع بیماری، وضعیت بیمار در شروع و ادامه درمان، وسعت و کیفیت مراقبت، درمان فراهم شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و درمان مورد نیاز بیمار را نشان می دهد.

گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

- ارائه دهندگان خدمات اعم از پزشکان، پرستاران، ماماها و سایر گروه‌های مرتبط شامل رادیولوژی، آزمایشگاه، باتولوژی، فیزیوتراپی و ...
- کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان
- کارشناسان امور ترخیص

اصول کلی مستند سازی

ماده ۱: کلیه خدمات ارائه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.

ماده ۲: تمامی فرم‌های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم‌های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.

تبصره ۱-۲: با توجه به یکسان سازی فرم‌های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، لازم است در کلیه بیمارستان‌ها و مراکز جراحی محدود از فرم‌های مذکور استفاده شود. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم‌ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاه‌ها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد

ماده ۳: تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.

ماده ۴: کلیه عناصر اطلاعاتی در فرم‌ها باید تکمیل گردد.
برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم‌های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه «کاربرد ندارد» یا اختصار آن (N/A) Not applicable استفاده شود.

ماده ۵: اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم‌ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.

تبصره ۵-۱: ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ‌ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می‌باشد که محتوای فرم را مستند می‌نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ‌ها به عهده منشی بخش می‌باشد.

ماده ۶: کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.

تبصره ۱-۶: ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود.

تبصره ۲-۶: هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. همچنین لازم است مستندسازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.

تبصره ۳-۶: در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوط قبل از الصاق، در ردیف مربوط درج گردد.

تبصره ۴-۶: ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیرقانونی و غیراخلاقی است.

ماده ۷: هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تأیید گردد. تأیید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز و مهر و امضاء صورت گیرد.

تبصره ۱-۷: در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته‌ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضاء نماید. این کار می‌تواند در فرم جداگانه‌ای (از نوع همان فرم) انجام شود.

ماده ۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

ماده ۹. در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املاي صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

اصول جزئی مربوط به مستندسازی پرونده پزشکی

ماده ۱: در ثبت عبارتهای تشخیصی :

- ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیصهای حین درمان، تشخیص نهایی و وضعیتهای همراه و عوارض) در قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزئیات مورد نیاز صورت گیرد.

Anemia due to blood loss from chronic gastric ulcer

- عدم ثبت علائم و نشانههای بیماریها به عنوان تشخیص.
در این رابطه ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانهها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.

- عدم تناقض در ثبت عبارتهای تشخیصی در بخشهای مختلف پرونده رعایت گردد.
- از اختصارات غیراستاندارد برای ثبت تشخیصها و اقدامات درمانی استفاده نگردد.

ماده ۲: عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان جزئیات مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر (در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمتهای مختلف می باشد، ذکر محل دقیق)، سمت موضوع (در مورد مواضع دو طرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپیک و ...) باشد.

ماده ۳. در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است:

پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت ☐ تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده، تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

تبصره ۱. پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود.

ماده ۴: دستورات تلفنی (Tel Orders) بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

تبصره ۴-۱: بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

تبصره ۲-۴ لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس دستور شفاهی

ماده ۵: در صورت نیاز به مشاوره، لازم پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

- تبصره ۵-۱: لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجراء توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تأیید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تأیید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re Order) یا صرفاً تأیید (مهر و امضاء) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه «دستورات پزشک مشاور مورد تأیید می باشد» قابل انجام است.

ماده ۶: کلیه آزمایشات، تصویر برداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویر برداری یا خدمات تشخیصی خاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می شود، پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیرطبیعی و بحرانی را مشخص نموده به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته های آزمایشگاهی، تصویر برداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستندسازی/مستندات از قلم افتاده

ماده ۱: روش تصحیح خطا

- در موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود.
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

- تبصره ۱-۱: اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر/فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

- تبصره ۱-۲: هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و یا نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

- تبصره ۱-۳: لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستندساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

ماده ۲: مستندات از قلم افتاده

۱- ثبت داده‌ها با تأخیر: لازم است موارد تأخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تا زمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آنکه خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند.

در ثبت موارد تأخیری لازم است:

- ثبت‌های جدید تحت عنوان «ثبت تأخیری» مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویداد و تاریخی که ثبت تأخیری در مورد آن نوشته می‌شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تأخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تأخیر افتاده ثبت شود

۲- **ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات:** «ضمائم و ملحقات» نوع دیگری از ثبت‌های تأخیری هستند که از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و در مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاص فراهم می‌کند. از طریق ضمائِم اطلاعاتی اضافه می‌شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده‌اند مستند شوند.

➡ **روش اضافه کردن اطلاعات:**

- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- واژه «ضمیمه/اضافه شده» ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن اضافه می‌شود بیان گردد.
- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته‌های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

۳- **ثبت توضیحات:** نوع دیگر ثبت تأخیری یادداشت توصیفی می باشد. این گونه یادداشت ها برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.

برای ایجاد یادداشت توضیحی:

- تاریخ و زمان جاری مستند شود.
- واژه «یادداشت توضیحی» ثبت، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.
- تا جای ممکن، یادداشت های توضیحی در حداقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

گزارشات	چارچوب 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
برگ انتقال بیمار	همزمان با انتقال بیمار

30

• خطاهای شایع در پرونده نویسی

- ناخوانایی و فقدان وضوح
- ثبت ناقص اطلاعات
- اختصارات مبهم یا نادرست
- از قلم افتادگی
- تأخیر در ثبت
- تصحیح نامناسب
- ثبت مبهم
- ثبت غیرمجاز

امتناع بیمار از پیگیری توصیه های
پزشکی باید ثبت شود

مدارک پزشکی باید بطور کامل مطابق با
الزامات اخلاق پزشکی و قوانین محرمانه
حفظ شود

هر مورد ثبت شده در پرونده باید تاریخ و
ساعت و و عنوان و سمت و مهر و امضا
مستند ساز راداشته 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 ”