

به نام خدا



كل علم ليس في القرطاس ضاع
هر علمی که نوشته نشود ضایع می گردد.
حضرت علی (ع)

موضوع:

اصول مستند سازی و مسائل قانونی مرتبط با آن

ارائه دهنده:

دکتر حسین توانگر

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

DOCUMENTATION

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 .

پرونده پزشکی: مستند در سیستم درمانی

- در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین، غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد.
- پرونده پزشکی بیمار مهم ترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است و بیانگر:
کلیه اطلاعات مربوط به:
تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص ها، آزمایشات، معاینات، روش های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و ... می باشد.

DOCUMENTATION

سه ویژگی کلی مستندسازی در پرونده پزشکی

- 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

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

اصول کلی مستند سازی

ماده ۲: تمامی فرم های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم های 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 فرم های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به کلیه دانشگاه ها و دانشکده ها، الزم است در کلیه بیمارستان ها و مراکز جراحی محدود از فرم های مذکور استفاده شود. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاه ها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد

اصول کلی مستند سازی

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.

اصول کلی مستند سازی

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

اصول کلی مستند سازی

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

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

اصول کلی مستند سازی

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

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

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

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

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

اصول کلی مستند سازی

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، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضاء نماید. این کار می تواند در فرم جداگانه ای (از نوع همان فرم) انجام شود

اصول کلی مستند سازی

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 مستند سازی پرونده پزشکی

ماده ۱: در ثبت عبارت های تشخیصی:

ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیص های حین درمان، تشخیص نهایی و وضعیت های 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 نشانه های بیماری ها به عنوان تشخیص. در این رابطه ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

- عدم تناقض در ثبت عبارت های تشخیصی در بخش های مختلف پرونده رعایت گردد.
- از اختصارات غیراستاندارد برای ثبت تشخیص ها و اقدامات درمانی استفاده نگردد.

اصول جزئی مربوط به مستندسازی پرونده پزشکی

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 موضع (در مورد مواضع دو طرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپی و ...) باشد.

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

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.

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

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

تبصره ۱-۴: 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

اصول جزئی مربوط به مستندسازی پرونده پزشکی

تبصره ۲-۴ الزم 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

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

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 احراز 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 (ReOrder) 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 .

اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

ماده ۶: کلیه آزمایشات، تصویر برداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری 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، تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید**

اصول جزئی مربوط به تصحیح
خطای مستند سازی/مستندات از
قلم افتاده

اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/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.

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

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.

اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

ماده ۲ : مستندات از قلم افتاده

۱- ثبت داده ها 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.

اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

در ثبت موارد تأخیری لازم است:

ثبت های 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

اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

۲- ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات

«ضمائم و ملحقات» نوع دیگری از ثبت های 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 ضمایم اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهات نوشته شده اند 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 نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

۳- ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تأخیری یادداشت توصیفی می باشد. این گونه یادداشت
تها برای حلوگیری 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 مشاور
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

قوانین مستند سازی پرونده پزشکی

ابتدا تعیین اینکه چه کسانی می توانند اطلاعات را در پرونده بیمار ثبت کنند. هر فردی که در پرونده اطلاعاتی را ثبت می کند ، باید **دارای اعتبارنامه یا مدرک باشد** یا مطابق با سیاست های موسسه حق و اجازه ثبت اطلاعات در پرونده را دارا باشد

- گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل :

مسئولین پذیرش بیمار: ثبت اطلاعات دموگرافیکی و...

پزشکان: ثبت مشاهدات و دستورات

پرستاران و ماماها : ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری و (سایر گروه های مرتبط) رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی و ..

قوانین مستند سازی پرونده پزشکی

- پرونده بیمار از سندهای **محرمانه** محسوب می شود.

بررسی اجازه افشا اطلاعات: زمانی که درخواستی برای افشای اطلاعاتی صورت می گیرد که **نیاز به مجوز** دارد ، این مجوز باید از نظر کامل بودن بررسی شود

قوانین فدرال در این زمینه می گوید ، **بیمار یا نماینده قانونی وی** ، براساس درخواست کتبی یا شفاهی می توانند به تمام پرونده های خود را در عرض ۲۴ ساعت دسترسی داشته باشند

قوانین حقوقی:

- ماده ۶۴۱ از فصل ۲۱ ، قسم ، شهادت دروغ و افشاء سر :
- اطباء ، جراحان ، ماماها ، داروسازان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل و حرفه خود محرم اسرار می شوند ، هرگاه در غیر از موارد قانونی اسرار مردم را فاش کنند به سه ماه تا یکسال حبس و جزای نقدی محکوم می شوند .

کاربردهای پرونده های پزشکی

- به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و سایر تیم درمان
- به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ بیمار به درمان
- به عنوان اساس مطالعه، بررسی، برنامه ریزی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
- پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
- به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
- به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی و امارهای سلامت
- جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی (به خصوص رشته های پزشکی و پرستاری)

مدت زمان نگهداری اوراق و پرونده های پزشکی

در ایران

- پرونده بیماران بستری ۱۵ سال
- پرونده بیماران سرپایی ۲ سال

در آمریکا

- پرونده بیماران بستری ۱۰ سال
- پرونده بیماران سرپایی یکسال

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی:

- یکی از مشکلات عمده در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، **ثبت ناقص اطلاعات** است.

- ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی (ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، از کارافتادگی و ...) ایجاد می کند.

همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها، مثل: افزایش هزینه های بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان (زیرا از نظر قانونی چیزی که در پرونده ثبت نشده باشد یعنی انجام نشده است)، ایجاد می کند.

- به علاوه این پرونده ها برای تحقیقات پزشکی و آموزش نیز مناسب نمی باشند.

ثبت کامل و دقیق

- در تمام فرم ها باید اطلاعات سر برگ فرم ها شامل:
نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و....
بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
- ترجیحا تایپ شده

ثبت کامل و دقیق

- ثبیتات باید حاوی اطلاعات واقعی و حقیقی و عینی باشند (تمام حقایق و اطلاعات مربوط به یک واقعه تمام و کمال ثبت شود)
- *همیشه باید مشاهدات به صورت عینی و قابل اندازه گیری ثبت شوند. اگر امکان اندازه گیری دقیق نباشد باید اندازه آن را با یک مثال واضح و آشنا بیان کرد مثلاً ثبت اینکه «به اندازه یک توپ تخم مرغی در بازوی بیمار اکیموز دیده شد» بسیار مفیدتر از این است که گفته شود به مقدار جزئی در بازوی بیمار اکیموز دیده شد.

ثبت کامل و دقیق

- چارچوب منظم و پیوسته در نوشتن گزارش پرستاری
- از خودکار مشکی یا آبی جهت ثبت گزارشات پرستاری استفاده شود.
- *نباید دست خط های مختلف در ثبت وجود داشته باشد.
- انتهای گزارشات باید با کشیدن یک خط طوری بسته شود که هیچ گونه فضای خالی بعد از نوشته ها باقی نماند مانند پر کردن گزارشات می توان با کشیدن ۲ خط اریب مانند یک ضربدر فضای خالی را پر کرد.

ثبت کامل و دقیق

- امتناع بیمار از درمان ، باید مستند شود.
- هر کدام از موارد ثبت شده در پرونده باید شامل **روز ، ماه ، سال و زمان** مربوطه باشد این قانون برای تمام اوراقی که اطلاعات به صورت مشروح ثبت می شوند نیز باید اجرا شود
- **بیان صریح**
- *مشاهدات باید به صورت شفاف و روشن ثبت شوند مثلاً به جای « بیمار به نظر می رسد که درد دارد » باید اینگونه ثبت شود : « جهت درد کمرش که به پاهایش انتشار می یافت درخواست مسکن شد. »

ثبت کامل و دقیق

- خودداری از گفته های کلی و مبهم

- بد، خوب، کم، زیاد و...

مثال: استفاده از عباراتی چون «حال عمومی بیمار بد نیست» و یا «حال عمومی بیمار بهتر است» و امثال اینها به تنهایی قابل درك و اندازه گیری و ارزیابی نیست

ثبت کامل و دقیق

- از نقل قول مستقیم استفاده شود
- حدسیات و گمان ها و نظرات شخصی خود را مستند نکنید.
- *باید حقایق را نوشت پرستاران باید تنها آن چیزی را که شنیده اند ، دیده اند و احساس کرده اند را بنویسند نه آن چیزی را که حدس می زنند یا فرض می کنند
- **مثلا** اگر مریض IV line خود را کشیده ولی پرستار خود شاهد این کار نبوده باید این طور بنویسد: «بیمار در حالی مشاهده شد که مکان IV او خون آلود بوده و کاتتر خارج شده بود.»
- *هنگامی که پرستار می خواهد مطلبی را از طرف کسی عنوان کند باید حتما نام آن شخص را ثبت کند.

ثبت کامل و دقیق

- *برای توصیف رفتار بیمار نباید از واژه هایی استفاده کرد که بیانگر نگرش منفی نسبت به بیمار باشد. باید سعی شود به جای ثبت واژه هایی نظیر لج باز یا ناسازگار همان رفتاری که بیمار از خود نشان داده است را ثبت کرد. زیرا در صورت بروز مشکل و در محافل قانونی این مسئله مطرح می شود که پرستار دیدگاه منفی نسبت به بیمار داشته است پس جای تعجبی نیست اگر مراقبت خوبی به بیمار ارائه ندهد.

ثبت کامل و دقیق

- *واضح است که گزارشات پرستاری شامل ثبت وقایع روتینی می باشد که در طول شیفت رخ می دهد. حتی اگر تمام مشاهدات هم خوب و نرمال باشد پرستار باز هم باید نرمال بودن آنها را قید نماید(مثلا علائم حیاتی).

قوانین مستند سازی پرونده پزشکی

پرونده پزشکی باید خوانا باشد. (legibility)

رعایت املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

● عدم خط خوردگی و یا علائم محوشدگی

--ماده ۶۱۹ فصل ۲۵ اوراق و تخریب:

هر کس عالماً " دفاتر ، سایر اسناد دولتی را بسوزاند و یا بهر نحوی تلف یا تخریب کند به حبس از ۲ تا ۲۱ سال محکوم می شود.

قوانین مستند سازی پرونده پزشکی

- توضیح اشتباهات نوشتاری **error**
 - ثبت داده ها قبل یا بعد از تاریخ واقعی، غیراخلاقی و غیرقانونی است.
 - ثبت بهنگام اقدامات بلافاصله بعد انجام
- اگر ثبت یک امر مقتضی را فراموش کردید 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**).

شروع گزارش در صفحه گزارش پرستاری

اسم و فامیل، سن، نحوه مراجعه، ساعت پذیرش، ساعت دریافت پرونده توسط پرستار، قید کردن علائم حیاتی و سطح هوشیاری در حین ورود و در صورت پایدار نبودن اقدامات صورت گرفته- رژیم غذایی فعالیت و..
اقدامات پرستاری صورت گرفته (برقراری خط وریدی- گرفتن آزمایشات- مایع درمانی- کنترل I/O- پیگیری مشاوره و...

شروع گزارش در صفحه گزارش پرستاری

- بررسی کامل فیزیکی بیمار (در بخش ویژه سیستم به سیستم) و شرح حال-آموزشهای صورت گرفته به بیمار(رژیم غذایی-فعالیت-داروها)-محافظ های فیزیکی و امنیتی-پیگیریهای لازم و پیشنهادات شیفت بعد-مهر امضا تاریخ و ساعت
- و نحوه اجرای دستورات پزشک(دارو درمانی و ثبت آن درقسمت داروها اول ثبت تزریقی ها و بعد داروهای خوراکی:شکل دارو،اسم دارو،مقدار،نحوه مصرف،ساعت و ثبت وسایل مصرفی)

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی:

- مشکل دیگر مربوط به ناخوانایی مستندات (بد خطی، استفاده از جوهر نامناسب، ریز بودن مستندات و غیره) و مستندسازی نادرست اطلاعات است.
- بررسی های مختلف در دنیا نشان داده که یکی از دلایل خطاهای پزشکی (بخصوص خطاهای دارویی) به خاطر **ناخوانایی مستندات پرونده** است، زیرا مستندات ناخوانا باعث برداشت غلط از اطلاعات می شود.
- موارد متعددی دیده شده که کارکنان تازه وارد در بیمارستان مثل پرستاران قادر به خواندن دست خط برخی از پزشکان یا سایر همکاران خود نیستند. یا در مورد بیماران اعزام شده به مراکز دیگر نیز همین مشکل وجود دارد. در خصوص پیگیری درمان هم ناخوانایی مستندات مشکلاتی را برای بیمار ایجاد می کند.

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی:

- مشکل سوم مربوط به **استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی** است.
- استفاده از اختصارات قابل قبول بر اساس استانداردهای هر موسسه (خودتان اختصارها را اختراع نکنید).
- طبق اصول مستندسازی باید استفاده از اختصارات (به خصوص در مورد تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد، و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که همه کاردر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیر مصوب می کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می شود.

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی:

- علاوه بر مشکلات ذکر شده مشکلات دیگری نیز در مستندسازی فرم ها وجود دارد، مشکلاتی نظیر استفاده از

اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی، مستندسازی جابجای اطلاعات (ثبت جابه جای اطلاعات در کادر مربوطه در فرم های پرونده)، استفاده از مداد یا کاربن برای ثبت اطلاعات و ... نیز وجود دارد.

اوراق مخصوص پروندہ

- برگ پذیرش-رضایت
- برگ سیر بیماری
- برگ رضایت آگاہانہ
- برگ بیهوشی
- برگ مراقبت بعد از عمل
- برگ الصاق الکتروکاردیوگرام
- برگ جذب و دفع مایعات
- برگ شرح حال
- برگ تقاضای مشاورہ
- برگ مراقبت قبل از عمل
- برگ گزارش عمل جراحی
- برگ گزارش پاتولوژی
- برگ گزارش رادیولوژی
- برگ آموزش پرستاری و...

برگه پذیرش

- دستور پزشک مبنی بر بستری و اقدامات درمانی بیمار را چک کنند. (برگه دستور بستری یا کارت یا روی یک برگ از دفترچه بیمار ممهور به مهر پزشک)
- ثبت اطلاعات فردی (از روی شناسنامه / کارت ملی وی) توسط پذیرش
- نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، کد ملی، محل صدور شناسنامه، شماره پرونده، جنسیت، وضعیت تاهل، مذهب، شغل، محل کار، آدرس، تلفن، مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار، تاریخ وساعت ترخیص بیمار، نوع پذیرش (عادی / اورژانس)، نوع بیمه، تاریخ اعتبار و..
- در صورت تصادف و یا ضرب و جرح بودن مورد اطلاع دادن به نزدیکترین مرکز انتظامی

برگه پذیرش و رضایت

- رضایت حتما آگاهانه
- در پشت برگ پذیرش ثبت اثر انگشت سیاه جهت رضایت بیمار و در صورت نرسیدن به سن بلوغ ، ولی ، قیم و یا سرپرست وی و برای خانمهای متاهل ، رضایت همسر الزامی است .
- امضاء مسئول پذیرش ، مهر و امضاء پزشک معالج پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده ، مهر و امضاء رزیدنت و امضاء سرپرستار بخش الزامی است .
- در صورت بیمه بودن بیمار ، در پرونده وی کپی صفحه اول دفترچه بیمه بیمار

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی امام حسین (ع)
برگ پذیرش و خلاصه ترخیص

Former Record: سابقه بستری شدن :
None ☐ ندارد Yes ☐ دارد
دفعات بستری :
No of Admissions :

Unit Number شماره پرونده

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

ID.No. : شماره شناسنامه :	Mrital Status وضعیت تأمل Married <input type="checkbox"/> متأهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	Sex : جنس : Male <input type="checkbox"/> مرد Female <input type="checkbox"/> زن	Father 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 Number : آدرس و شماره تلفن :					
Address & Phone : آدرس و شماره تلفن :			Accompanied By or Referred By : همراه یا معرف بیمار :		
Date : تاریخ :	Discharge ترخیص	Admitting Physician : پزشک بستری کننده :	Ward: بخش :	Date : تاریخ :	Admission پذیرش
Time : ساعت :	Discharge ترخیص	Insurance : نوع بیمه :	Insurance code : شماره بیمه :		
From Hospital : از بیمارستان :			To Ward : به بخش :	Transfer Date : تاریخ انتقال :	
To Hospital : به بیمارستان :			Police Center was Informed. به مرکز انتظامی اطلاع داده شد. Emergency <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> O.P.D. <input type="checkbox"/>		
Lab. & X-Rays (Results) : آزمایشات و عکسبرداری (نتایج) :					
Code : کد :	Primary Diagnosis : تشخیص اولیه :				
	Interim Diagnosis : تشخیص حین درمان :				
	Final Diagnosis : تشخیص نهایی :				
	External Cause : علت خارجی :				
	Operation & Other Procedures (With Date) : اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ :				
Discharge Without Physician's Order <input type="checkbox"/> ترخیص با میل شخصی		Some Improvement <input type="checkbox"/> بهبودی نسبی		Recovered <input type="checkbox"/> بهبودی	
Etc. : غیره :		Follow up پیگیری		Expired <input type="checkbox"/> فوت نموده	
Other : سایر موارد :		Return O.P.D. Physician هفته دیگر		Recommendation After Discharge : توصیه های پس از ترخیص : مراجعه به درمانگاه پزشک Week Time	
Cause Of Death : علت فوت :		Before 24 Hours <input type="checkbox"/> فوت قبل از ۲۴ ساعت		Date : تاریخ :	
		After 24 Hours <input type="checkbox"/> بعد از ۲۴ ساعت		Time : ساعت :	
Length of Stay : مدت اقامت بیمار :		No. of Consultations : تعداد مشاوره :		No. <input type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بله	
Adm. Officer Signature : امضاء مسئول پذیرش :		Attending Physician Signature : امضاء پزشک معالج :		Head Nurse of Service Signature : امضاء سرپرستار بخش :	

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت مشخص 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 هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب / بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برائت 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) اینجانب / بیمار اینجانب را از ناحیه قطع نمایند و بدینوسیله برائت 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 با میل شخصی

اینجانب با میل شخصی خود بر خلاف 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 شاهد (۱)
(در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)

تاریخ شاهد (۲)

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

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

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

هزینه همراه هر شب :

بهای خدمات تشخیصی درمانی مطابق تعرفه بیمارستانی می باشد.

اینجانب : بیمار / ولی بیمار دکتر :
با ترخیص خود / بیمار خود را بر این اساس بهر دازم.
امضاء : تاریخ : شاهد ۱ : شاهد ۲ :

* مدت زمان بستری بودن در بیمارستان، انجام رادیوگرافی ها، آزمایشها و سایر خدمات تشخیصی و درمانی شما طبق دستورات پزشک معالج می باشد.

ردیف	مبلغ سپرده	تاریخ پرداخت	شماره قبض صندوق



عنوان سند:
رضایت و برائت نامه آگاهانه

شماره سند: NB-FO-71
شماره بازنگری: 01

ضمن تشکر از انتخاب این مرکز به منظور تشخیص و درمان بیماری فعلی شما، این بیمارستان سیستم پزشکی خود را بر اساس موازین فنی، علمی و نظامات دولتی تنظیم نموده و خود را موظف به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی استاندارد به شما میدانند. از آنجائیکه این مرکز، آموزشی درمانی میباشد خدمات ارائه شده به شما تحت نظارت مستقیم اساتید انجام می پذیرد.

اینجانب ولی/بیمار از نوع بیماری کنونی که براساس نتایج آزمایشگاهی و معاینات و مدارک پزشکی که در حضور متخصص پزشکی قانونی/یا پزشک معالج بیمارستان به تفصیل ارائه و تفهیم گردید، و نیز روش درمان و انجام جراحی و عوارض آن آگاه شده ام و روش های مختلف درمان و منافع و عوارض احتمالی آن ها ذکر شده در ذیل) توسط پزشک معالج و متخصص پزشکی قانونی برای من توضیح داده شده است و بدینوسیله اذن خود را برای انجام کلیه اقدامات درمانی مرتبط با بیماری از جمله و عمل جراحی که به تشخیص پزشک یا پزشکان معالج برای درمان لازم و ضروری باشد اعلام می نمایم.

ممکن است اقدامات درمانی به نتایج و عواقب نامطلوب اعم از شایع و یا نادر عضو و یا منافع آن منتهی گردد و به طور کلی سلامت بیمار اینجانب به نحوی که مورد انتظار است جزاً یا کلاً اعاده نشود و پزشک یا پزشکان مربوط، قادر به کنترل و جلوگیری آن عوارض و یا رفع مخاطرات نباشند. ضمناً اینجانب درعسر و حرج و اضطرار نبوده و در هوشیاری کامل و آزادی هستم و بیماری فعلی من اورژانس نیست و اختیار کامل انتخاب پزشک و مرکز درمانی و شیوه های درمان و عوارض مربوطه از جمله

گفته و تفهیم شده است، بدینوسیله پس از خواندن و درک مفهوم ماده شصتم قانون مجازات اسلامی که صراحت دارد: "چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اقدامات جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد ضامن خسارات جانی و مالی و یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی باشد" حق هر گونه ادعای بعدی را از اقدامات پزشکی اعم از تشخیص و درمان و جراحی و آثار و عوارض احتمالی آن و ادعای قصور علیه کادر درمانی و پزشک معالج را از خود سلب و با اسقاط حق شکایت کیفری و مدنی از طرف خود، برائت وی را از هرگونه مسئولیت و قصور اعلام می نمایم و از مطالبه دیه تحت عنوان خسارت و ضرر و زیان اعم از مادی و معنوی و از کار افتادگی با توجه به قانون فوق الذکر انصراف حاصل می نمایم. در ضمن کلیه مطالب چایی و دستنویس فوق مورد تائید اینجانب میباشد.

امضاء شاهدان یا همراهان

نام و نام خانوادگی و امضاء و اثر انگشت بیمار
یا ولی بیمار

برگه آموزش به بیمار

- معرفی خود و تیم درمان به بیمار و دادن آموزش های لازم و ضروری در رابطه با بیماری و روند درمانی و اقدامات پرستاری و حقوق بیمار و همچنین انتظارات تیم درمان از او در بدو ورود به بخش و همچنین بعد ترخیص همراه با گرفتن اثر انگشت و مهر و امضا بیمار و ثبت در گزارش پرستاری
- ذکر این مطلب که بیمار **بدون هیچ شرطی** می تواند رضایت نامه خود را پس بگیرد.
- بیمار باید هوشیار باشد و در مورد پروسیجر و روند درمان اطلاعات کافی را دریافت کند و آزادانه تصمیم بگیرد.

توجهات

- درج اطلاعات بیمار بر روی **تمام** صفحات بصورت تایپ شده
- در برگه شرح حال ثبت نشانه های فعلی بیماری ، تاریخچه بیماری فعلی ، تاریخچه بیماری قبلی ، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات ، حساسیتها ، سوابق فامیلی و معاینات بدنی لازم برای بیمار الزامی است
- در برگه مشاوره :
- حتما قید اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن
- ۱- تاریخ درخواست مشاوره ۲- رتبه فرد یا پزشک مورد درخواست مشاوره
- ۳- تشخیص اولیه جهت مشاوره ۴- نظریات پزشک معالج
- برگه مربوطه باید حاوی مهر پزشک معالج و یا میتواند براساس قوانین بیمارستانی
مهمور به مهر **رزیدنت تخصص** مربوطه باشد

برگ خلاصه پرونده

- تکمیل **کلیه موارد ثبت شده** بر روی این برگ (شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه ، تشخیص نهایی ، اقدامات درمانی و اعمال جراحی ، نتایج آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی ، سیر بیماری ، وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و تعداد روز بستری شده و توصیه های پس از ترخیص) الزامی است .
- **مهر و امضاء پزشک** معالج الزامی است
- در صورتیکه بیمار در طول مدت بستری در **چندین بخش مختلف** تحت مراقبت و درمان قرار بگیرد و با بهبودی ترخیص شود پزشکان معالج بیمار در هر بخش می بایست برای وی تواما برگ خلاصه پرونده تهیه کنند.
- وجود برگ اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است (لازم به توضیح است که **کپی** این برگ باید به بیمار داده شود

برگ خلاصه پرونده

یک فرم خلاصه پرونده موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

-تاریخ پذیرش تاریخ ترخیص

شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه

تشخیص نهایی اقدامات درمانی و اعمال جراحی

نتایج آزمایشات پاراکلینیکی

سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ)

وضعیت بیمار هنگام ترخیص

توصیه های پس از ترخیص امضای پزشک معالج

برگ سیر بیماری

- ثبت وضع عمومی بیمار به **هنگام پذیرش** الزامی است .
- ثبت چگونگی بهبودی و پیشرفت بیمار بر حسب تاریخ و **همه روزه** (در موارد اورژانس هرچند ساعت) الزامی است
- ثبت وضعیت بیمار در **هنگام ترخیص** (فوت ، بهبودی ، انتقال به مراکز دیگر و غیره و نکات عمده و مهم جهت پیگیری الزامی است .
- توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص یا رزیدنت و یا اینترن تکمیل میشود همراه مهر و امضا

برگه دستورات پزشکی

خوانا و بدون ابهام بودن و بدون خط خوردگی دستخط پزشک

- ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شد همراه مهر و امضاء پزشک الزامی است
- وقتی که پزشک بنا به ضرورتی **دستورات خود را تلفنی** به پرستار می دهد، پرستار باید آن را در برگ دستور پزشک نوشته و همچنین اسم پزشک را مشخص نماید، زمان صدور دستور و امضاء خودش را نیز باید مشخص نماید و پزشک نیز باید در اسرع وقت دستورات تلفنی خود را امضاء و مهر نماید.
- دو امضا بودن داروهای پرخطر
- **چک کردن دستورات** پزشک با علامت چک مارک (خودکار قرمز+پایین به بالا+عدم فضای خالی+بستن گزارش+مهر امضا تاریخ و ساعت

[illegible]

توجه

- - در پرونده بیماران در صورت داشتن **هر اقدامی** مانند نوار قلب ، نوار مغز ، رادیوگرافی ، سونوگرافی ، اکو، تست ورزش، تست تنفسی، آندوسکوپی، دیالیز، و حتما دستور انجام اقدام و گزارش اقدام انجام شده **با مهر و امضاء پزشک** انجام دهنده
- در صورت اقامت بیماران بیش از یک هفته و طول کشیدن روند درمان خصوصا“ در بخشهای مراقبت ویژه حسابداری را مطلع فرمایید.

برگه قبل و بعد جراحی و بی‌هوشی

- ثبت تشخیص قبل از عمل با **ذکر کلمه چپ یا راست** برای عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن و نوع عمل
- امضاء پرستار بخش پس از تکمیل این فرم و امضاء **پرستار اتاق عمل** پس از تأیید کلیه مندرجات این فرم الزامی است .
- ثبت **تعداد نمونه برداشته شده** و ثبت اطلاعات در خصوص تأیید ارسال به آزمایشگاه
- مطابقت اطلاعات ثبت شده در مورد **کنترل شمارش گازها** و لوازم قبل و بعد عمل
- . گزارش عمل جراحی با مهر و امضاء جراح بلافاصله پس از اتمام عمل جراحی و دستورات لازم الزامی است .
- ثبت مشخصات جراح، کمک اول ، کمک دوم ، متخصص بی‌هوشی ، پرستار اتاق عمل ، پرستار کمک زمان عمل (شروع و خاتمه) و نوع عمل (سرپایی / بستری) الزامی است .

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی امام حسین (ع)
برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

شماره پرونده: Unit Number:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father's Name: نام پدر:	
		Bed: تخت:					
بررسی پرستار اتاق عمل Review Of OP.Room Nurses		Date Of Operation: تاریخ عمل جراحی:					
تجزیه Notes	تائید O.K.	Diagnosis: تشخیص:					
	<input type="checkbox"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> چپ Left </div> <div> <input type="checkbox"/> راست Right </div> <div> سمت عمل Direction Of Operation </div> </div>					
	<input type="checkbox"/>	Pre- Operation Readiness Of OP.Place آماده نمودن محل عمل:					
	<input type="checkbox"/>	Authorization Of Operation Sheet Is Attached <input type="checkbox"/> اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است.					
	<input type="checkbox"/>	Information Tape Attached To..... توار مشخصات بیمار به..... بسته شده است.					
	<input type="checkbox"/>	فشار خون موقع پذیرش: فشار خون پس از داروهای بیهوشی: B.P.After Using Pre-Anes Drugs					
	<input type="checkbox"/>	قند خون: اوره خون: هموگلوبین و هماتوکریت: Hb & Hc Urea Blood Sugar					
	<input type="checkbox"/>	گروه خون: ارهاش: RH Blood Group					
	<input type="checkbox"/>	Time Of The Last Urination Before Operation: ساعت آخرین ادرار قبل از عمل:					
	<input type="checkbox"/>	علائم حیاتی قبل از عمل: تنفس: نبض: حرارت: Vital Sign Befor PO. Resp. Pulse. Temp.					
	<input type="checkbox"/>	Medicines Used During Hospitalization: تحت درمان با داروهای:					
	<input type="checkbox"/>	Pre. Operation Drugs & Time Of The Use: داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آنها:					
	<input type="checkbox"/>	اثر داروها قبل از بیهوشی: Sleep: <input type="checkbox"/> خواب Sleepy: <input type="checkbox"/> خواب آلود Awake <input type="checkbox"/> بیدار Pre-Anes.Drug Effects					
	<input type="checkbox"/>	اوراق آزمایشی: کافي: <input type="checkbox"/> Enough کافي: <input type="checkbox"/> Enough اوراق رادیولوژی: کافي: <input type="checkbox"/> Enough کافي: <input type="checkbox"/> Enough Nurses Report Radiology Sheets Labratory Sheets					
	<input type="checkbox"/>	اعضای مصنوعی دارد: بله <input type="checkbox"/> No خیر <input type="checkbox"/> Protheses برداشته شد: بله <input type="checkbox"/> No خیر <input type="checkbox"/> Ring انگشت: ساعت <input type="checkbox"/> Watch سایر متعلقات: خارج گردید: <input type="checkbox"/> Removed: <input type="checkbox"/> Others					
امضا پرستار اتاق عمل:		Remarks: ملاحظات:					
Sign Of OP.Room Nurse:		Nurse,s Sign: امضا پرستار:					

برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

برگ گزارش عمل جراحی
OPERATION REPORT SHEET

Attending Physician:		پزشک معالج :		Ward:		بخش :		Name:		نام :		Family Name:		نام خانوادگی :	
Date of Admission :		تاریخ پذیرش :		Room:		اتاق :		Date of Birth:		تاریخ تولد:		Father's Name:		نام پدر :	
				Bed:		تخت :									
Date:		تاریخ :		Second Assistant:		کمک دوم :		First Assistant:		کمک اول :		Surgeon:		جراح :	
Assistant Nurse:		پرستار کمک :		Nurse of OP. Room:		پرستار اتاق عمل :		Kind of Anesthesia:		نوع بیهوشی :		Anesthesist:		بیهوشی دهنده :	
Kind of Operation:		نوع عمل :		Hosp. <input type="checkbox"/> بستری		O.P.D <input type="checkbox"/> سرپائی		End Time:		ساعت خاتمه		Start Time:		ساعت شروع	
Pre-Op Diagnosis:		تشخیص قبل از عمل :													
Post-Op Diagnosis:		تشخیص بعد از عمل :													
Type of Operation:		نوع عمل جراحی :													
Specimen:		نمونه برداشت شده : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>													
Procedure and Findings:		شرح عمل و مشاهدات :													
								شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن متعلق می باشد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر Count of Swabs / Instrument is Correct? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نمونه جهت آزمایش فرستاده شد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر The Specimen Sent To Labratory: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nurses of OP.Room Sign: امضا پرستار اتاق عمل :							

برگ بیهوشی

- ثبت زمان شروع و خاتمه بیهوشی، داروهای قبل از بیهوشی، تکنیک بیهوشی، نوع بیهوشی موضعی و ناحیه ای، وضع بیمار در شروع بیهوشی، مراقبت مخصوص در مورد بیماران قلبی و مغزی، وضع بیمار در خاتمه بیهوشی و مهر و امضاء پزشک بیهوشی دهنده الزامی است
- ثبت مقدار مایعات (خون، سرم قندی و) تزریق شده حین جراحی
- در پرونده بیماران بخشهای جراحی، k جراحی درج شده باشد.

نحوه تکمیل کاردکس :

- برای ثبت در کاردکس از سه قلم (خودکار قرمز ، خودکار آبی ، مداد) استفاده می شود .
- **خودکار قرمز :** برای **ثبت موارد مهم و ثابت** مانند : حساسیت دارویی ، خطر خودکشی ، وجود زخم یا هرگونه آسیب پوستی ، تزریق عضلانی ممنوع ، قطع نمودن دارو (DC) و بیماری خطرناک و... به طور کلی اطلاعات خاص در مورد بیمار می باشد .

نحوه تکمیل کاردکس :

- **خودکار آبی :** برای **ثبت موارد ثابت** در کاردکس مانند : نام و نام خانوادگی، سن، (در بخش نوزادان تاریخ تولد) شماره پرونده ، کد کامپیوتری ، نام پزشک معالج ، نام پزشک جراح ، تاریخ و ساعت پذیرش ، علائم حیاتی زمان ادمیت ، نوع بیمه درمانی ، تاریخ و نوع عمل ، و داروها و سرم های تجویز شده می باشد .
- **مداد :** برای **ثبت موارد متغیر** مانند : کلیه مراقبت های پرستاری و دستورات پزشک که باید پیگیری شوند از جمله : درخواست آزمایشات و رادیوگرافی های تشخیصی ، زمان انجام علایم حیاتی ، رژیم غذایی ، وضعیت حرکتی ، تغییر پوزیشن و ... می باشد



از حسن توجه شما سپاسگزارم