

اصول پرونده نویسی پزشکی

Medical Recording

# اهداف آموزشی

انتظار می رود پس از این کارگاه قادر باشید:

- ۱- اصول مهم نگارش را شرح دهید.
- ۲- اعتماد به نفس شما در مورد نگارش افزایش یابد.
- ۳- هفت استفاده عملی از مدارک پزشکی را شرح دهید.
- ۴- مشکلات بیمارستان ها در مستند سازی پرونده را شرح دهید.
- ۵- ارزش مطالعه پرونده بیمار و تهیه خلاصه پرونده (برگه ترخیص) را شرح دهید.
- ۶- SOAP را توضیح دهید.
- ۷- چارچوب «ثبت کارآمد» شرح حال بیمار را در عمل بکار ببرید.

Question

# Why medical Recording



# کاربردهای پرونده پزشکی

- ▶ بعنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی
  - ▶ بعنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم هستند.
  - ▶ بعنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ به درمان بیمار
  - ▶ پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
  - ▶ بعنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
  - ▶ بعنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
  - ▶ جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- \* پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخگوی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی و آموزشی باشد که محتویات اطلاعاتی آن از کیفیت لازم برخوردار باشد. کیفیت یک پرونده وابسته به کیفیت کیفیت نوشته ها و گزارشات داخل پرونده است که توسط مستند سازان ثبت می شود.

## مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستند سازی فرم های پرونده پزشکی

### ۱. ثبت ناقص اطلاعات

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، ازکار افتادگی و...) ایجاد می کند.

ثبت ناقص اطلاعات مشکلاتی را برای بیمارستان ها از قبیل افزایش کسورات 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.

### ۲. ناخوانایی و مستند سازی نادرست اطلاعات

در فرم های کاغذی بخاطر دست نویس بودن مستندات، خوانایی از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. یکی از دلایل خطاهای پزشکی (بخصوص خطاهای دارویی) بخاطر ناخوانایی مستندات پرونده است زیرا مستندات ناخوانا باعث برداشت غلط از اطلاعات می شوند.

### ۳. استفاده نا مناسب از اختصارات پزشکی

طبق اصول مستند سازی باید استفاده از اختصارات (بخصوص در تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد و در صورت استفاده از اختصارات باید از اختصارات مصوب و رایج استفاده کرد که همه کادر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند.

# مستند سازان پرونده پزشکی بیمار

- ▶ مسئول پذیرش بیمار ( ثبت اطلاعات دموگرافیکی)
- ▶ پزشکان ( ثبت مشاهدات و دستور ها)
- ▶ پرستاران و ماماها ( ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری)
- ▶ سایر گروه های مرتبط (روانشناسی،مدکاری، کاردرمانی، آزمایشگاه، رادیولوژی و ...)

## William Zinsser (1988)



It is not necessary to be a writer to write well.

Clear writing is the logical arrangement of thought .



## چند توصیه

▶ هنگام نوشتن به خواننده خود فکر کنید.

▶ هنگام نوشتن

▶ دقیق بنویسید.

▶ واضح بنویسید.

▶ کامل بنویسید.

▶ سادگی و اختصار نشاندهنده اعتماد به نفس شماست.

▶ هر جمله حداکثر ۱۵ کلمه باشد.

▶ از کلمات چند سیلابی و ثقیل استفاده نکنید.

▶ خوب نوشتن نیاز به وقت دارد.



## اصول هفده گانه مستند سازی پرنده پزشکی (بستری/سرپایی)

۱. اصل بودن کل فرم ها
۲. استفاده از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت گزارشات
۳. ثبت اطلاعات سربرگ فرم ها به صورت کامل و دقیق
۴. درج نام و نام خانوادگی ، مهر و امضا مستند ساز در تمام گزارشات ثبت شده جهت تایید و تصدیق آنها
۵. درج تاریخ و ساعت در تمام گزارشات
۶. ماندگاری مستندات (تبصره)
۷. واقعی، حقیقی و صریح بودن مستندات

- ۸. درج علامت نقل قول در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی
- ۹. بهنگام بودن مستندات ( تبصره )
- ۱۰. واضح ، مداوم و پیوسته بودن کل مستندات (تبصره)
- ۱۱. استفاده نکردن از لاک غلط گیر برای تصحیح اشتباهات
- ۲۱. رعایت اصل محرمانگی در اطلاعات ثبت شده
- ۳۱. استفاده از اختصارات قابل قبول
- ۴۱. دارا بودن لیست مشکلات در پرونده و دارا بودن فرمت SOAP

۵۱. اگر مشاوره ای درخواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه و رادیولوژی باید توسط کسی که آن ها را درخواست نموده پاراف گردد.
۶۱. باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها به طور مستمر ثبت گردد.
۷۱. کلیه دستورات شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شود.

# مستند سازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

۱. فرم پذیرش و خلاصه ترخیص
۲. خلاصه پرونده
۳. شرح حال و معاینه بدنی
۴. سیر بیماری
۵. درخواست مشاوره
۶. دستور پزشک
۷. گزارش پرستاری

# چارچوب زماني تکميل اطلاعات پرونده پزشکی

چارچوب زماني تکميل	گزارشات
۲۴ ساعت پس از ترخيص از بخش اورژانس	پرونده تحت نظر اورژانس
۲۴ ساعت پس از پذيرش و قبل از اجرائي طرح درمان	شرح حال
۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره	گزارش هاي مشاوره
۲۴ ساعت پس از انجام عمل	گزارش عمل جراحي
۲۴ ساعت پس از انجام اقدام	گزارش اقدام خاص
تا قبل از تسويه حساب بيمار	خلاصه پرونده
همزمان با انتقال بيمار	برگ انتقال بيمار

یادداشت ترخیص بیمار یا خلاصه پرونده:

**(patient Discharge or Discharge Summery)**

PD یا DS یک سند پیچیده و مهم است ، خلاصه ای از تجربیات بیمار در بیمارستان می باشد که حاوی نتایج مهمی برای مراقبت و درمان در آینده است. این نوشته پایه تصمیم گیری پزشکانی است که بیمار را نمی شناسند.



# یادداشت ترخیص بیمار

۱- شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه

۲- تشخیص نهایی

۳- علایم و نشانه های مهم

۴- نتایج آزمایشات پاراکلینیکی

۵- اقدامات درمانی و اعمال جراحی

۶- سیر بیماری

۷- وضعیت بیمار هنگام ترخیص

۸- توصیه های پس از ترخیص





# شرح حال بیماری (Patient Write – up)



# شرح حال بیماری (patient write-up)

<b>Subjective</b>	<b>ID</b>	<b>Identification</b>	مشخصات عمومی
	<b>CC</b>	<b>Chief Complaint</b>	شکایت اصلی
	<b>PI</b>	<b>Present illness</b>	ناراحتی اخیر
	<b>PMH</b>	<b>Past Medical History</b>	تاریخچه پزشکی مربوط به گذشته
	<b>CHS</b>	<b>Current Health Status</b>	وضعیت فعلی بیمار از نظر سلامت
	<b>MED</b>	<b>Medication</b>	داروهای مصرفی توسط بیمار
	<b>FH</b>	<b>Family History</b>	تاریخچه فامیلی
	<b>PSH</b>	<b>Psychology History</b>	تاریخچه روانی اجتماعی
	<b>ROS</b>	<b>Review of System</b>	مرور دستگاههای بدن
<b>Objective</b>	<b>PE</b>	<b>Physical Examination</b>	معاینات انجام شده
	<b>D.T</b>	<b>Diagnostic Test</b>	جواب آزمایشات قبلی بیمار
<b>Assessment</b>	<b>S</b>	<b>Summary</b>	خلاصه شرح حال و معاینه
	<b>PL</b>	<b>Problem List</b>	لیست مشکلات بیمار
	<b>E</b>	<b>Your Evaluation</b>	ارزیابی خودتان
<b>Plan</b>	<b>D.P</b>	<b>Diagnostic Plan</b>	برنامه تشخیصی
	<b>T.P</b>	<b>Therapeutic Plan</b>	برنامه درمانی
	<b>E.P</b>	<b>Education Plan</b>	برنامه آموزشی
	<b>F.P</b>	<b>Follow-up Plan</b>	برنامه پیگیری



## معرفي بیمار (Identification)

▶ نام و نام خانوادگی ،

▶ سن ،

▶ جنس ،

▶ شغل ،

▶ وضعیت تاهل ،

▶ سواد ،

▶ محل سکونت ،

▶ چندمین بستري ،

▶ چندمین بستري در این مرکز .



## شرح حال ( اجزا ) :

- ▶ معرفي بیمار ،
- ▶ منبع شرح حال ،
- ▶ شکایت اصلي ،
- ▶ بيماري فعلي ،
- ▶ سابقه بيماري هاي گذشته ( سابقه بيماري شناخته شده ، وضعیت قبلي سلامتي )
- ▶ سابقه فاميلي ،
- ▶ سابقه داروئي ،
- ▶ سابقه شخصي و اجتماعي ،
- ▶ مرور سيستمها .





## بیماری فعلی (Present Illness)

توصیف کامل شکایت اصلی :

- ▶ زمان شروع ،
- ▶ طول مدت ،
- ▶ محل ،
- ▶ محل انتشار ،
- ▶ کیفیت ،
- ▶ عوامل افزایشنده و کاهشنده ،
- ▶ علائم همراه .



## شرح حال ( اجزا ) :

- ▶ معاینه بالینی :
- ▶ ظاهر عمومی ،
- ▶ علائم حیاتی ،
- ▶ معاینه سیستم ها ،
- ▶ یافته های پاراکلینیکی ،
- ▶ ارزیابی بیمار ( خلاصه، لیست مشکلات، ارزیابی شما)
- ❖ لیست یافته های مثبت بیمار ،
- ❖ تشخیص های افتراقی ،
- ▶ برنامه تشخیصی ، درمانی ، آموزشی و پیگیری

در قسمت Assessment ابتدا بایستی **خلاصه شرح حال** را در چند خط و چند جمله بنویسید، برای این کار نیاز دارید که روی **مهمترین و ضروری ترین** اطلاعات دقیق شوید.

سپس **مشکلات فعلی** بیمار را در تاریخچه، معاینه و تستهای آزمایشگاهی بدست آورده اید لیست کنید.

مشکلات باید با توجه به اولویت ها و اورژانسی بودن ردیف شود.

و در نهایت ارزیابی خود را که از دانش و تجربه شما نشات گرفته، می نویسید.

دقت کنید که در لیست مشکلات (problem list) کلمات «**احتمالاً**»، «**ممکن است**» و غیره جایی ندارد، این کلمات ناشی از عدم اطمینان کسی است که پرونده بیمار را تنظیم می کند. جای ابهام و شایدها در قسمت آخر ارزیابی (your Eva.) قرار دارد. عقاید شما در مورد اهمیت موارد ذکر شده در قسمت های subjective، Objective و تفسیر قسمت های P.E تاریخچه، موارد فرضیه، تشخیص های افتراقی (DD) اتیولوژی و پاتوفیزیولوژی، مشاوره و رفرانس ها در این قسمت می آید.



# On and Off Service Note

- تاریخ بستری
- تشخیص هنگام بستری
- معاینه (نتایج معاینات قبلی و توسط دیگران)
- آزمایشات انجام شده قبلی
- اعمال تشخیصی و درمانی انجام شده
- سیر معالجات (از بستری تا کنون)
- معاینه (نتایج معاینه فعلی و توسط خودتان)
- لیست مشکلات
- ارزیابی شما از بیمار
- برنامه تشخیصی و درمانی شما





## برگه های مشاوره : (مشکلات)

- ▶ ناخوانا بودن
- ▶ وجود اطلاعات غیر ضروری
- ▶ نبود اطلاعات ضروری
- ▶ معلوم نبودن علت درخواست مشاوره
- ▶ معلوم نبودن نوع مشاوره ( اورژانس یا غیر اورژانس )
- ▶ عدم درج نام و مهر پزشك درخواست کننده



## برگه های مشاوره : (ضروریات)

- ▶ مشخص کردن نوع مشاوره ( اورژانس یا غیر اورژانس )
- ▶ مشخص کردن علت بستری بیمار
- ▶ درج اطلاعات مفید و مختصر در باره مشکلات بیمار
- ▶ مشخص کردن علت مشاوره

**Patient safety is one of the most important dimensions of health care QA and performance improvement**

**Help to make health system safer**

**By working and training in teams and foster a learning environment, and incorporating outcomes data into clinical practice**



دستورات پزشکی (Ordering)

❑ ORDER WITH SPECIAL FORMAT

❑ HOW?

ADCA VAN DIMLS



## دستورات پزشکی (Ordering)



**A**dmission time and  
ward

**D**iagnosis

**C**ondition

**A**llergies

**V**ital sign

**A**ctivity

**N**ursing

**D**iet

**I**V orders

**M**edication orders

**L**aboratory  
studies

**S**pecial order

## منابع:

۱. دستورالعمل مستند سازي پرونده پزشکي. وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکي، ۱۳۹۶
۲. راهنماي مستند سازي فرم هاي پرونده پزشکي. وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکي، ۱۳۹۵



For you