



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اهمیت مستندسازی دردردمان

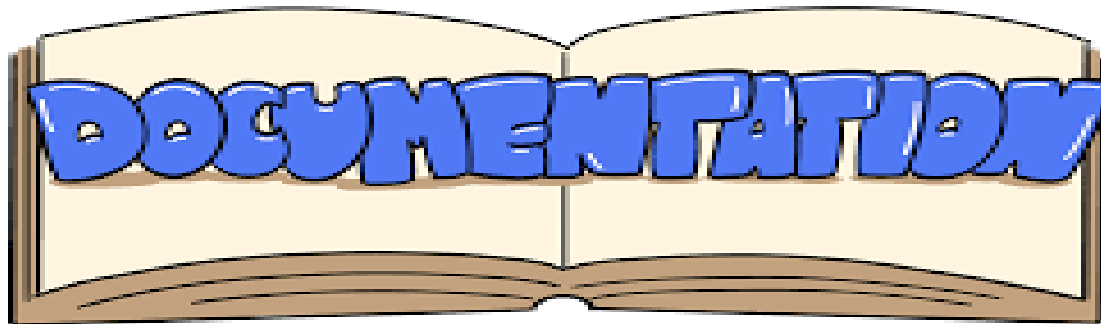
دکتر محمد نادر شریفی

کارشناس عالی پزشکی قانونی و متخصص اخلاق پزشکی
با تشکر از همکار گرامی جناب آقای دکتر حسین میرجلیلی
کارشناس عالی پزشکی قانونی

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.



مدارک پزشکی چیست؟

مجموعه اسناد و مدارک مربوط به خدمات بهداشتی، درمانی، پاراکلینیک، اداری و پشتیبانی ارائه شده به بیماران از زمان ورود تا هنگام خروج آنها از مرکز بهداشتی درمانی.



اهداف مدارک پزشکی از نظر انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی امریکا:

- 1- مستندسازی دوره ناخوشی بیمار و درمان پزشکی در طول هر رویداد مراقبت
- 2- برقراری ارتباط پزشکان و دیگر متخصصان سهیم در امر مراقبت از بیمار
- 3- فراهم کردن تداوم مراقبت از بیمار در پذیرش بعدی بیمار
- 4- فراهم کردن منبعی برای ارزیابی کمی و کیفی مراقبت از بیمار



اهداف مدارک پزشکی

5- فراهم کردن داده هایی برای اثبات مطالبات از بیمه

6- فراهم نمودن داده هایی برای کمک به حفظ حقوق بیمار، حمایت از پزشک و تسهیلات مراقبت پزشکی

7- فراهم کردن داده هایی کلینیکی برای تحقیق ، مطالعه ، آموزش ، بهداشت عمومی



با بررسی تاریخچه مدارک پزشکی پی می بریم که مدارک پزشکی، همزمان با تاریخ علم پزشکی و به موازات آن وجود داشته است و خوشبختانه در این زمینه پزشکان مسلمان همواره پیشگام بوده اند. «رازی» از نخستین اطبایی است (بقراط قبل از رازی چند حکایت و گزارش طبی درباره بیمار دارد) که در هزار سال قبل به همانند روش کنونی بیمارستان هابرای درمان و مداوای بیماران در موقع ورود بیمار قبل از هر چیز به تشکیل مدارک و تنظیم آن اقدام و پس از آن به درمان می پردازد



طبق مقررات سازمان جهانی بهداشت

اگر مدارک پزشکی نا خوانا، ناقص و
مبهم بوده یا به طور صحیح پر نشده
باشد، فاقد ارزش وبدون استفاده
است.



طبق این قوانین مدارک بستری باید حاوی اطلاعاتی شامل :

اطلاعات شناسایی بیمار، شکایت اصلی، بیماری فعلی، تاریخچه بیماری، تاریخچه خانوادگی، معاینات فیزیکی، سیر بیماری، برگ مشاوره، فرم انتقال بیمار، گزارشات آزمایشگاهی و رادیولوژی اعمال جراحی انجام شده سی تی اسکن و.... با ذکر تاریخ و امضا



اصول مستند سازی

ثبت حقائق :

حقایق را ثبت کنید و نظرات شخصی خود را حین مستندسازی منعکس نکنید. به وسیله مستندسازی، چیزهایی که دیده، شنیده یا لمس می شوند، باید واضح و بدون سمت گیری باشند. علایم و نشانه ها را دقیقاً آنچه را که مشاهده می کنید شرح دهید و آنچه را که می بینید مستند کنید

صریح باشد:

برای گزارشات، باید از بیان صریح، به جای گفته های کلی و مبهم استفاده شود. حدسیات و گمان ها را مستند نکنید. نوشته ها باید حاوی اطلاعات واقعی و حقیقی باشند.



اصول مستند سازی از نقل قول مستقیم استفاده شود:

لزوماً از کلمات دقیق بیمار استفاده کنید و نقل قول مستقیم بیمار را بنویسید. بین کلمات بیمار از آنچه شما مشاهده کرده‌اید با قراردادن نقل قول بیمار در علامت نقل قول تفاوت قائل شوید. بنابراین سایرین متوجه می‌شوند که جمله دارای علامت نقل قول دقیقاً چیزی است که بیمار گفته است.



اصول مستند سازي

مستند سازي بایستی بهنگام باشد:

- چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود.
- بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی تجویز داروها و انجام درمان ها اطلاعات مربوطه را همیشه بعد از دادن دارو یا انجام درمان و نه قبل از آن ثبت کنید.
- اگر ثبت يك 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 (Late Entry) مشخص کنید



اصول مستند سازي

مستند سازي واضح و مداوم باشد:

- کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد. رعایت املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروري است.
- اطلاعات بایستی باروش منطقي و متوالي ثبت شود و استمرار ثبت اطلاعات باید وجود داشته باشد.
- جهت مستند سازي از ساختار مشخص شده توسط مؤسسه درماني استفاده کنید.



اصول مستند سازي كامل بودن :

- تمام حقايق و اطلاعات مربوط به يك واقعه،
- دوره درمان،
- وضعيت بیمار،
- پاسخ بیمار به درمان ها و انحرافات از استانداردهاي مربوط به درمان و مراقبت (بخصوص دلايل ايجاد چنین انحرافاتي) بايد مستند شود.
- بايد اطمینان حاصل شود كه ثبتيات كامل هستند و حاوي تمام اطلاعات حايضاھمیت مي باشند.

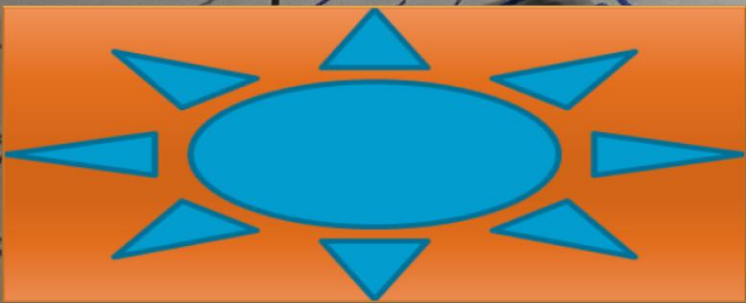
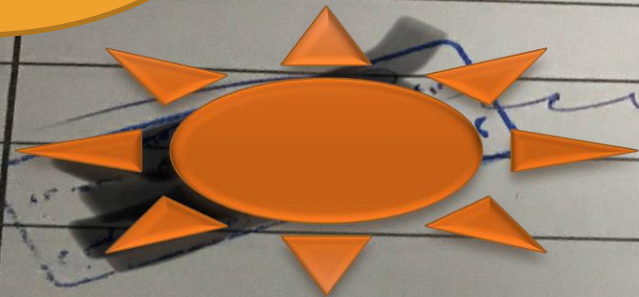


اصول مستند سازی

خوانا بودن :

تعیین معیار برای خوانایی، چیز ساده ای نیست. به طور کلی خوانایی را می توان این گونه تعریف کرد که آیا يك یادداشت به وضوح و راحتی قابل خواندن است یا نه. تمام مطالب داخل پرونده باید خوانا باشند. ناخوانا بودن مستندات می تواند بیمار را در معرض مخاطرات زیادی قرار دهد. خوانا بودن مستندات، به سایر درمانگران کمک می کند و تداوم طرح مراقبت بیمار را تضمین می کند. اگر نوشته ها قابل خواندن نیستند، بهتر است ثبت کننده از ابتدا آنها را در سطح بعدی تکرار کند و توضیح دهد، چرا نوشته فوق را مجدداً تکرار کرده است و تأکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است. اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، باید دقیقاً مشابه اولی باشند و حتماً تاریخ و امضا داشته باشند

اگه
تونستيد
بخونيد!



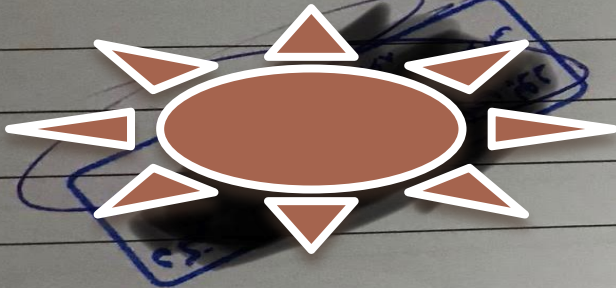
Date	پرستش	Room :	بخش :	Name :	نام خانوادگی
تاریخ پذیرش	تاریخ پذیرش	Bed : 1	اتاق :	Date of Birth :	نام پدر :
			تخت :	1372	
پیشرفت معالجات Treatment Progresses					
					تاریخ Date

Handwritten notes in blue ink on lined paper, including a large scribble and some illegible text.

Attending Physician:	Ward:	Name:
Date Of Admissi	Room:	Date Of Bir
Date Of Request:	Bed:	Consultation
Time Of Request:	Consultation	Name Of Re
Kind Of Consultation:	Name Of Re	
No Emergency <input type="checkbox"/> غیر اورژانس	Emergency <input type="checkbox"/> اورژانس	
Primary Diagnosis:		تشخیص اولیه:

چی
نوشتہ؟

Object Of Consultation & Clinical Notes: _____ ات کلینیکی و موضوع مشاورہ:



Consultation Physician's Observation & Notes: _____ مشورہ مشاور (خلاصہ نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):

د صورت مشاورہ
COPD
ات: سر، رت، لہو، نرس

When to Document

✘ مراقبت و درمان را به هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.

✘ هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.



Who to document ?

- تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند، مستندساز نامیده می شوند؛ زیرا آنها به ترتیب زمانی، حقایق و مشاهدات دائمی در باره سلامت بیماران را ثبت می کنند.
- هر قدر مشغله کاریتان زیاد باشد از دیگری نخواهید که مستندات شما را کامل کند و هرگز مستندات فرد دیگری را کامل نکنید.



What to Document ?

- درمسائل قانونی، يك پرونده ناقص، انعكاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است.
- حذف جزئیات، يك اشتباه مهم و عمومی درمستندسازی است.
- البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.



خطاهای شایع در پرونده نویسی

□ **از قلم افتادگی :** در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجرای کار قصور کرده اید یا تلاش کرده اید که مدرک مخفی باشد.

□ **ثبت دارای ابهام**

□ **تأخیر در ثبت :** اگر مجبور به تأخیر در ثبت هستید آنرا مشخص کرده و زمان آنرا ثبت کنید . زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید .

خطاهای شایع در پرونده نویسی

- **تصحیح نامناسب**
- **ثبت غیرمجاز: فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید. اقدامات سایرین را ثبت نکنید.**
- **اختصارات مبهم یا نادرست**
- **ناخوانی و فقدان وضوح: طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند.**

**عدم ثبت وقایع و اقدامات درمانی در پرونده از نظر
مقامات قضایی به منزله عدم انجام آن تلقی
میشود.**

- ✘ if it's not documented in the medical record it was not done**
- ✘ "if it's not charted, it didn't happen,"**

پزشکان بارها و بارها می شنوند که
بهترین راه برای محافظت از خود در
صورت شکایت، غیر از طبابت خوب،
سند، سند، سند است.

Physicians hear over and over again
that the best way to protect
themselves if they are sued ، other
than practicing good medicine ، is to
document, document, document.

ماده 496 پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به
مریض یا پرستار می دهد ضامن است مگر اینکه طبق
ماده 495 باشد

تبصره 1- هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه
است و موجب صدمه و تلف می شود و با وجود این به
دستور عمل کند پزشک ضامن نیست بلکه خسارت
و صدمه مستند به خود مریض یا پرستار است

**پس حتما اگر دستوری اشتباه است و متوجه اشتباه آن
شدید هم پزشک و هم پرستار در پرونده تصحیح فرمایند
که در آینده برای همکاران قصوری متوجه نشود**

مثال : وجود پمپ درد و تجویز مقدار زیادی مرفین پس از
عمل توسط پزشک و عدم احتیاط پرستار در تزریق
یا حساسیت به انتی بیوتیک و تجویز پزشک و تزریق
پرستار



Accurate Medical Records: Your Primary Line of Defense

➤ **سوابق پزشکی دقیق خط دفاع اولیه شما:**

➤ هر شکایت قصور پزشکی را می توان بر اساس کیفیت و محتوای سوابق پزشکی آن مورد قضاوت قرارداد که اگر پرونده پزشکی دقیق، کامل و دقیق بود و رویدادها به خوبی مستند شده باشند قصوری متصور نخواهد بود ولی در صورتی که پرونده پزشکی مبهم، ناقص یا تغییر یافته و دست کاری شده و خطی باشد بالعکس، می تواند برای پزشکان و پرستاران یک دادخواست قصور بالقوه آسیب رسان محسوب شود



محتویات مدارک پزشکی
معمولا محرمانه است و
حتی در دسترس بیمار نیز
قرار نمی گیرد.

□ در تکمیل مدارک پزشکی باید از نظر قانونی به نکات زیر توجه داشت:

□ احراز هویت از بیمار و تکمیل اوراق بیمارستانی با توجه به هویت بیمار تکمیل و شرح کلیه اقدامات درمانی انجام شده به طور کامل و خوانا

□ شرح اعمال جراحی انجام شده به طور کامل و خوانا

□ شرح عمق جراحات و عناصر تشریحی آسیب دیده به تفکیک شرح تعداد ضایعات و نوع جراحات موجود

□ ثبت تاریخ و مشخصات بیمار روی کلیشه های گرافی ها به صورت چاپی

□ مهر و امضا پزشک زیر دستورات و گزارشات

باید توجه داشت که ملاک تعیین دیه و ارش در صدماتی که نیازمند ارزیابی قانونی هستند، اطلاعاتی است که توسط پزشکان معالج یا کادر درمانی در پرونده بیمار ثبت میشود.

به دلیل اینکه پزشکان قانونی پس از درمان بیماران را مورد معاینه قرار میدهند برای اظهار نظر به شدت به محتوای پرونده بالینی وابسته هستند. از سوی دیگر ضرورت‌های درمانی اقتضا می‌کند صرفاً صدماتی مورد توجه قرار گیرند که نیازمند اقدامات درمانی هستند، به این ترتیب بسیاری از صدماتی که از لحاظ قانونی حائز اهمیت بوده لیکن ضرورت درمانی ندارند در پرونده بیماران ثبت نشده و با گذشت زمان تشخیص آنها مستلزم صرف وقت و هزینه و زحمت فراوان و بعضاً غیر ممکن است.

نتایج بررسی دریک مطالعه نشان داد که فرآیند مستند سازی پرونده های پزشکی توسط پزشکان، به عنوان اصلی ترین گروه های ارایه کننده مراقبت های بهداشتی درمانی، به طور ناقص انجام می شود. این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری می تواند اثرات سوء در فرآیند درمانی بیماران داشته باشد، بنابراین توجه بیشتر مسئولین، پزشکان و کارشناسان مدارک پزشکی به این امر ضروری به نظر می رسد.

بررسی فرآیند مستندسازی مدارک پزشکی پرونده های بالینی توسط پزشکان در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل،

مهرداد مشعوفی*، خلیل رستمی، افروز مردی

