

توما سیسون

پیر خاوه حوزه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی
استان چهارمحال و بختیاری
تاریخ: ۱۳۹۶/۰۶/۱۵
نماه: ۱۳۹۶/۰۵/۲۷

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

موضوع: ابلاغ ویرایش دوم دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی

با سلام و احترام

پیرو ابلاغ ویرایش اول دستورالعمل مستندسازی پرونده های پزشکی به شماره ۴۰۹/۱۱۱۶۷ مورخ ۹۳/۰۶/۱۷ و نظر به موارد استعلامی دانشگاهها در این مدت، به پیوست ویرایش دوم دستورالعمل مذکور جهت بهره برداری ارسال می گردد. خواهشمند است ضمن ابلاغ به بیمارستانهای تحت نظارت، نسبت به اجرای موارد ابلاغی دستور اقدام لازم صادر فرمایید.

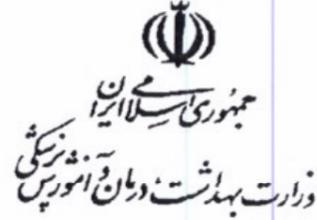
دکتر علی ماهر
مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی
و تعالی خدمات بالینی

رونوشت:

سرکار خانم پورهایم دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د تهران
سرکار خانم جلالی راد دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د شهید بهشتی
جناب آقای پاکبازی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د فارس
سرکار خانم حیدری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د شاهرود
سرکار خانم الگامه دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کهگیلویه و بویر احمد
سرکار خانم طاهری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د بوم
جناب آقای محمد رضا خانی دبیرخانه م درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
سرکار خانم صادقی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د فسا
سرکار خانم خوبرو پاک دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د قزوین
جناب آقای نامدار دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د قم
سرکار خانم سلیمانیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د چهارمحال بختیاری
جناب آقای زیارتی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کاشان
سرکار خانم شفقت دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د البرز
سرکار خانم شریفی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کردستان
سرکار خانم ابراهیمی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کرمان
جناب آقای مهدیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د کرمانشاه
جناب آقای محسنی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گلستان
جناب آقای رحماندوست دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گناباد
سرکار خانم کاظمی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د گیلان
سرکار خانم مهندس میرآخوری دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د لرستان
جناب آقای خزائی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د مازندران
جناب آقای میرحسینی دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د مشهد
سرکار خانم سکنه کارگزار دبیرخانه م درمان دانشکده ع پ و خ ب د نیشابور
سرکار خانم حمیدیان دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د همدان
سرکار خانم زارع دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د یزد
جناب آقای عطیقه دبیرخانه م درمان دانشگاه ع پ و خ ب د اراک

شماره:

تاریخ:



دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی

معاونت درمان
دکتر مدیریت یارستانی و تنالی خدمات بالینی
گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان



کد دستورالعمل کشوری: م پ-۲-۹۶/۶-۶

زیر نظر:

دکتر محمد حاجی آقاجانی - دکتر علی ماهر

مولفان:

دکتر محمد اسماعیل کابلی - اکرم واحدی برزکی - دکتر فاطمه بستاج - مسعود جوادی درآباد - دکتر زهرامیدانی - دکتر راحله کهنلی - معصومه حسینی - دکتر محبوبه میرزایی

بکاران:

زحره کوهی رستم کلانی - بنیامین محسنی ساروی - دکتر مهناز صدیگ - سارا اسکانی پور - سید آقاجانیان - رشید یزدانی - دکتر جهانپور علیپور - صفیه ایلاتی - زحره مصدر - مهناز حامدان

شهریورماه ۱۳۹۶

آدرس: تهران - شهرک غرب (قدس) - بلوار فرخزادی - ایوانک شرقی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک آ - طبقه ۷ - تلفن تماس: ۸۱۴۵۲۶۲۲

آدرس الکترونیک: <http://medcare.behdasht.gov.ir> - پست الکترونیک: HIM@health.gov.ir

فهرست:

صفحه	عنوان
۴	مقدمه
۴	هدف کلی
۴	اهداف اختصاصی
۴	شمول دستورالعمل
۵	بخش اول: اصول کلی
۸	بخش دوم: اصول جزئی مربوط به مستندسازی پرونده پزشکی
۱۱	بخش سوم: اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستندسازی / مستندات از قلم افتاده
۱۴	بخش چهارم: چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی
۱۵	بخش پنجم: ملاحظات مهم در مستند سازی

بخش اول: اصول کلی

ماده ۱. کلیه خدمات ارایه 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 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 دانشگاهها و دانشکده ها، لازم است در کلیه بیمارستانها 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 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.

تبصره ۱-۳. مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارایه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

ماده ۴. کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی 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 (N/A) استفاده شود.

¹ Not Applicable

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.

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 ۴-۲. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tel orders) 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 از دستور شفاهی

ماده ۵. در صورت نیاز به مشاوره، لازم است 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 اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order) یا صرفاً تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد" قابل انجام است.

تبصره ۵-۲. گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج؛ باید در پرونده بیمار موجود باشد.

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

❖ گاهی اشکالات یا اشتباهاتی در مستند سازی روی داده و تغییر یا توضیحی لازم خواهد بود، در چنین شرایطی لازم است اقدامات اصلاحی مناسب اعمال شود.

ماده ۱. روش تصحیح خطا: هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:

- دور 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 با 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 مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

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، یادداشتهای توضیحی در حد اقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

بخش پنجم: ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار

عملکرد غلط	عملکرد صحیح
پاک نمودن مطالب اشتباه با استفاده از لاک غلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت.	کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشتباه و ثبت کلمه "Mistaken Entry" در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی و امضا.
ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها، عجله برای کامل نمودن گزارشات، و ثبت حدس و گمان در پرونده.	ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت آنها، ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.
ثبت مطالب به صورت پراکنده در گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب.	ثبت گزارش بصورت خط به خط، و در صورت باقی ماندن فضای خالی بین نوشته ها، کشیدن یک خط افقی در آن، و ثبت نام و نام خانوادگی و امضا در آن محل.
در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "پزشک اشتباه نموده است".	در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "برای روشن شدن دستور با پزشک تماس گرفته شد".
ثبت خدمات ارایه شده به بیمار توسط فردی غیر از ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار.	ثبت خدمات ارایه شده به بیمار صرفا توسط ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار. (هیچگاه ثبت های دیگران را عهده دار نگردید به جز مواردی که ارایه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع می دهد در این شرایط منبع اطلاع گزارش و نحوه گزارش "تلفنی" را ثبت نمایید)
استفاده از عبارات عمومی نظیر «وضعیت بیمار تغییری نکرده» یا «بیمار روز خوبی داشته است» در ثبت گزارش.	ثبت وضعیت بیمار به طور کامل با جزئیات در گزارش.
ثبت کل مطالب گزارش در پرونده در پایان شیفت و با عجله.	ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج در طول شیفت، و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی، و مهر و امضای مستند ساز.