**به نام خدا**

**اصول مستند سازی پرونده**

**پزشکی**

**تهیه کننده:**

**مریم کارگر**

**بهمن 1395**

**مقدمه**

در سازمان هاي مراقبت سلامت مثل بيمارستان يكي از منابع اصلي اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشكي بيمار است و به عنوان مهمترين، غني ترين منبع اطلاعاتي مطرح مي باشد. پرونده پزشكي بيمار مهم ترين ابزار ذخيره و باز يابي اطلاعات و آناليز مراقبت هاي بهداشتي و درماني است و بيانگر کليه اطلاعات مربوط به تاريخچه بهداشتي بيمار، بيماري ها، مخاطرات بهداشتي، تشخيص ها، آزمايشات، معاينات، روش هاي درماني، سير بيماري، پاسخ بيمار به درمان، پيگيري و ... مي باشد.

پرونده پزشكي بيمار زماني مي تواند پاسخ گوي تمامي کابردهاي درماني، قانوني، تحقيقاتي، ارزشيابي و آموزشي باشد، که محتويات آن از نظر اطلاعاتي از کيفيت لازم برخوردار باشند. لذا کيفيت يك پرونده پزشكي، دقيقا وابسته به کيفيت نوشته ها و محتويات گزارشات داخل پرونده است که توسط تكميل کنندگان فرم هاي مدارك پزشكي) مستند سازان( ثبت ميشود. تنها با ثبت دقيق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم هاي مدارك پزشكي، مي توان از تمامي مزاياي پرونده پزشكي استفاده کرد. بنابراين آگاهي از اصول مستندسازي پرونده پزشكي، يك نياز مهم قانوني و حرفه اي براي کليه کادردرماني درگير در مراقبت از بيمار است .

**اصول كلی مستند سازی فرم های پروند ه های پزشکی:**

به طور کلي در مستندسازي فرم هاي پرونده هاي پزشكي، مستندسازان بايد اصول کلي مستندسازي را رعايت کنند. رعايت کليه قوانين عمومي براي گروه مستندسازان پرونده بيمار الزامي است . گروه مستندسازان پرونده پزشكي بيماردر مراکز درماني شامل :

الف ( مسنولين پذيرش بيمار) ثبت اطلاعات دموگرافيكي(

ب (پزشكان) ثبت مشاهدات و دستورات(

پ ( پرستاران و ماماها ) ثبت اقدامات باليني و مراقبت هاي پرستاري (

ت( ساير گروه هاي مرتبط ) راديولوژي ، آزمايشگاه ، فيزيوتراپي و...)

**اصول هفده گانه مستندسازي پرونده پزشكي) بستري / سرپايي( به شرح ذيل مي باشد:**

-1 کليه فرم هاي پرونده بيمار بايستي اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تكميل گردد.

-2 از زبان فارسي يا انگليسي جهت ثبت تمامي گزارش هاي پزشكي در پرونده پزشكي بيمار استفاده گردد.

-3 اطلاعات سر برگ فرم ها )شامل نام و نام خانوادگي ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاريخ پذيرش و نام پزشك معالج و....( بطور کامل و دقيق ثبت و تكميل شود.

-4 کليه موارد ثبت شده بايستي با درج نام و نام خانوادگي، مهر و امضاء مستند ساز تائيد و تصديق گردد.

-5 در تمامي گزارش ها درج تاريخ و ساعت الزامي است .

-6 مستندات پرونده پزشكي صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن بايد ماندگار باشند . بدين منظور اطلاعات در پرونده کاغذي بايد با جوهر آبي يا مشكي ثبت شوند و از مداد، خودکار سبز براي مستند سازي استفاده **نشود**.

تبصره 1 : جوهر ها بايد داراي ثبات باشند )پاك شدني يا حل شدني توسط آب نباشند.)

-7 مستندات و ثبتيات پرونده بيمار بايد حاوي اطلاعات واقعي، حقيقي و صريح باشند و از حدسيات، گمان ها و گفته هاي کلي و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

-8 در اخذ اطلاعات از بيمار و همراهان وي با درج علامت نقل قول مستقيم بين اطلاعات نقل شده بيمار و همراه وي تفاوت قائل گردد.

-9 مستند سازي بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود .

تبصره 1: در صورت فراموش شدن يك دستور جهت ثبت آن ، بايستي در صورت معلوم شدن بلافاصله به عنوان يادداشت هاي تاخيري (late entery) به پرونده بيمار اضافه گرديده و با ثبت تاريخ و ساعت و هويت مستند ساز تكميل گردد.

-11 کليه مستند ات بايستي واضح ، مداوم و پيوسته باشد . رعايت خوانا بودن ، مرتب بودن ، املاء صحيح ، نقطه گذاري و جمله بندي صحيح در ثبت اطلاعات ضروري است .

تبصره 1 : اگر ثبتيات قابل خواندن نيستند ، ثبت کننده از ابتدا ثبتيات را در سطر بعدي تكرار کند و توضيح دهد ، چرا نوشته را مجددا تكرار کرده است و تاکيد کند که نوشته اول ناخوانا بوده است . اما موارد ثبت شده که براي بار دوم ثبت مي شوند ، بايد دقيقا مشابه اولي باشد و حتما تاريخ و امضاء داشته باشند.

تبصره 2: انسجام موارد ثبت شده الزامي است بطوري که در پرونده هاي دستي ، موارد ثبت شده بايد بلافاصله در سطر يا فضاي موجود بعدي، مستند شوند و تمام خطوط بايد به ترتيب پر شوند. هيچ فاصله خالي يا قابل استفاده اي نبايد در بين نوشته ها باقي بماند.

-11 اشتباهات مستند سازي ثبت شود و هرگز براي تصحيح آن پاك **نگردد** يا از لاك غلط گير استفاده **نگردد** . ابتدا روي آن را با خودکار **آبي يا مشكي** خط کشيده و سپس با خودکار **قرمز** روي آن نوشته شود( Error ) و تاريخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

-12 محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعايت گردد . منظور از محرمانه بودن اين است که مشاهدات ارزيابي ها و اقدام هاي درماني ثبت شده تنها بايد در اختيار تيم درماني قرار گيرد و هرگز نبايد با کس ديگري در ميان گذاشته شود.

-13 از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشكي استفاده شود.

-14 هر پرونده بايد ليستي از مشكلات 1 بيمار داشته باشد تا بيماري ها وشرايط پزشكي مهم وي مشخص گردد.و فرم سير بيماري بايد بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

-15 اگر مشاوره اي در خواست مي گردد بايد حتما گزارش مشاوره با ذکر تاريخ و ساعت در پرونده موجود باشد .گزارشات مشاوره، آزمايشگاه، راديولوژي بايد توسط کسي که آنها را درخواست نموده پاراف گردد . اگر گزارش بصورت الكترونيكي ارائه گرديده است نيز بايد توسط پزشك درخواست کننده بررسي گردد. مشاوره ها و نتايج آزمايشات و تصويربرداري هاي غير طبيعي بايد در گزارشات پيگيري ثبت گردد.

-16 در پرونده بيمار بايد حساسيت ها و عوارض جانبي به داروها و يا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتي که بيمار در مورد حساسيت ها و واکنش ها اطلاعي ندارد اين مطلب بايد در پرونده پزشكي قيد گردد.

-17 کليه دستورهاي شفاهي و تلفني براي درمان بايد توسط پزشك مسئول طي 24 ساعت بعد از دستور با ذکر تاريخ و زمان تاييد شوند.