

راهنمای نگارش پرونده‌های پزشکی

ثبت اطلاعات پزشکی بیمار امروزه به رشته تخصصی پیچیده‌ای تبدیل شده که از نظر شکلی و محتوایی مورد بحث و تحقیقات دائمی است. از سوی دیگر آگاهی از اصول و ضوابط عمومی حاکم بر ثبت مدارک پزشکی برای هر یک از اعضای تیم درمانی ضروریست. هر یک از پزشکان و دیگر اعضای تیم درمانی ممکن است دیر یا زود برخورد با قانون را تجربه نمایند. در این موارد برای اعلام براءت یا تأیید قصور به مدارک مستدل و کافی نیاز است. مهم‌ترین و قابل استنادترین این مدارک، پرونده پزشکی بیمار است. در این کتاب اصول کلی نحوه نگارش، شکل و محتوای پرونده‌های پزشکی ارائه می‌گردد.

دکتر منصور سیاوش

فوق تخصص غدد و متابولیسم
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر محسن بختی

مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان نور
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بناام خداوند جان و خرد

راهنمای نگارش پرونده‌های پزشکی

دکتر منصور سیاوش

فيا

فهرست

مقدمه ۱

فصل اول: تاریخچه ی ثبت مدارک پزشکی

تاریخچه مدارک پزشکی: ۷

اهداف اصلی از تشکیل پرونده پزشکی چیست؟ ۱۴

اصول و قوانین مستندسازی ۱۸

فصل دوم : پرونده پزشکی

پرونده پزشکی ۲۳

۱. برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ۲۵

۲. برگ شرح حال ۳۰

۳. برگ دستورات پزشک ۴۰

۴. برگ سیر بیماری ۴۳

۵. گزارش پرستار ۴۸

۶. برگ درخواست مشاوره ۵۰

۷. برگ مشاوره بیهوشی و برگ بیهوشی ۵۶

۸. برگ های مربوط به اعمال جراحی ۶۱

۹. برگ خلاصه پرونده ۶۴

۱۰. برگ رضایت نامه و برائت نامه ۶۹

۱۱. گواهی فوت ۷۵

۱۲. برگ های متفرقه ۸۰

فصل سوم : طبقه بندی بیماریها

- ۸۸ طبقه بندی و نامگذاری بیماریها براساس ICD
- ۹۰ فصول ۲۱ گانه طبقه بندی بیماریها در ICD

فصل چهارم : اخلاق پزشکی

- ۹۵ اخلاق پزشکی
- ۹۸ رعایت اخلاق در مدارک پزشکی
- ۹۹ مسئولیت‌های پرسنل مدارک پزشکی
- ۱۰۰ منابع

مقدمه

ثبت و تدوین پرونده و اطلاعات پزشکی بیماران، امروزه به رشته تخصصی پیچیده‌ای تبدیل شده که از نظر شکلی و محتوایی مورد بحث و تحقیقات دائمی کارشناسان مربوطه است. از سوی دیگر آگاهی از اصول و ضوابط عمومی حاکم بر ثبت مدارک پزشکی برای هر یک از اعضای تیم درمانی ضروریست.

با توجه به مشکلات و عوارض عدیده طبی که مکرراً برای بیماران به وجود می‌آید، و همچنین ارجاع روزافزون پرونده‌های پزشکی به مراجع قانونی و یا کمیته‌های مرگ و میر و عوارض، اهمیت آگاهی از چگونگی ثبت و تدوین صحیح پرونده پزشکی بیماران برای پرسنل پزشکی، بارزتر می‌شود.

خوشبختانه بسیاری از پزشکان و دیگر اعضای تیم‌درمانی، تاکنون برخورد با قانون را تجربه نکرده‌اند، اما این برخورد می‌تواند دیر یا زود پیش آید. در این موارد برای اعلام برائت یا تأیید قصور به مدارک مستدل و کافی نیاز است. مهمترین و قابل استنادترین این مدارک، پرونده پزشکی بیمار است. در بسیاری از موارد، پزشک مرتکب قصور یا خطای علمی نشده، اما در چگونگی ثبت مستندات در پرونده بیمار، دقت کافی و لازم را به خرج نداده است. با وجود اینکه هدف اصلی از ایجاد و نگارش پرونده پزشکی برای بیمار بهبود مراقبت‌های تشخیصی و درمانی است، در عین حال اطلاعات موجود در آن براساس استانداردهائی تهیه شده است که قادر به پاسخ‌گویی به نیازهای قانونی فوق‌الذکر نیز باشد.

براساس تفکر "عدم ثبت یعنی عدم/جرأ" باید دانست قضاوت در مورد اقدامات انجام شده توسط تیم درمانی، بر مبنای محتویات پرونده‌ی بیمار انجام می‌شود. بنابر این لازم

است پزشکان و سایر افراد تیم درمانی، فرم‌های موجود در پرونده را با دقت لازم تکمیل نمایند. آنان با این شیوه نه تنها نیازهای درمانی و قانونی فوق‌الذکر را بر آورده می‌سازند، بلکه به عدم برخورد خود با قانون نیز کمک می‌کنند.

در این کتاب سعی شده است به شکل خلاصه و کاربردی، اصول کلی نحوه نگارش شکل و محتوای پرونده‌های پزشکی ارائه گردد. اگرچه گروه هدف اولیه این کتاب دانشجویان و دستیاران رشته‌های مختلف پزشکی هستند؛ اما سعی شده است محتوای کتاب برای استفاده اساتید و سایر علاقه‌مندان نیز بقدر کافی صریح و دقیق باشد.

اهداف آموزشی:

- در پایان مطالعه این کتاب انتظار می‌رود فراگیر
۱. با تاریخ ثبت مدارک پزشکی و سیر تحولات آن آشنا شود.
 ۲. اهمیت ثبت مدارک پزشکی را بداند.
 ۳. روش صحیح ثبت پرونده‌های پزشکی را بداند.
 ۴. خطاهای موجود در پرونده‌های پزشکی را تشخیص دهد.

اهداف ویژه عینی:

- در پایان مطالعه این کتاب انتظار می‌رود فراگیر
۱. برگ‌های پذیرش اولیه و بستری بیمار را به درستی تکمیل نماید.
 ۲. برگ شرح حال بیمار را بطور صحیح بنویسد.
 ۳. سیر بیماری را به شکل صحیح و در جای مناسب ثبت نماید.

۴. دستورات پزشکی را در محل مناسب و به شکل منظم همراه با تاریخ و ساعت دقیق بنویسد.
۵. سایر برگ‌ها مثل برگ‌های گزارش عمل جراحی و بیهوشی را بطور کامل و قابل استناد تکمیل کند.
۶. برگ خلاصه پرونده را بطور کامل و به شکل قابل استفاده در مراجعات بعدی ثبت کند.
۷. گواهی‌های پزشکی را به شکل درست و با اطلاعات واقعی و مستند بنویسد.

فصل اول

تاریخچه‌ی ثبت مدارک پزشکی

تاریخچه مدارک پزشکی

علم طبابت همیشه احتیاج به وجود رکورد (ثبت مدارک) داشته و تاریخچه مدارک پزشکی به موازات علم پزشکی پیش رفته است. استفاده از مدارک پزشکی در رسیدن به کشفیات تازه علم پزشکی بسیار موثر بوده است. بقایایی از مدارک پزشکی بر دیواره غارهای عصر حجر به جا مانده که قدمت آنها به ۱۶۰۰۰ سال قبل از میلاد می‌رسد. اگرچه شکل این مدارک پزشکی با مدارک امروزه تفاوت بارزی دارد، ولی جنبه مشترک آنها یعنی ضبط اطلاعات طبی برای زمان‌های بعد در هر دو یکی است.



تصویر ۱- نقاشی باستانی بنام "Shaft of the dead man" از غار لاسکو در فرانسه

با پیشرفت علم پزشکی در بابل، مصر، یونان، روم و ایران، شیوه نگارش مدارک پزشکی نیز کامل‌تر گردیده است. این نوشته‌ها خواه بر روی دیواره معابد یونان و یا بر روی صفحات گلین در بابل و نینوا و خواه در مصر بر روی کاغذ پاپیروس نوشته می‌شد، همه همان منظوری را تامین می‌کردند که مدارک پزشکی در زمان ما تامین می‌نمایند. در اینجا تاریخچه مدارک پزشکی را که به دوره‌های مختلف تقسیم شده است مطالعه می‌نمائیم.

بین النهرین: از تمدنهای اولیه در بین النهرین الواح گلی متعددی در زمینه مسائل پزشکی، توصیف بیماران و نسخه‌های آنان وجود دارد. بسیاری از این الواح استوانه‌ای که از کتابخانه آشوربنیپال در نینوا یافت و ترجمه شده است شامل کتب، دستورالعمل‌ها و نسخه‌هاست لیکن تعدادی از آنها به ثبت و توصیف مشاهدات دقیق بیماران اختصاص یافته است. ویژگی تمدن بین النهرین این بود که آثار پزشکی پیشینیان را جمع‌آوری و در قالب الواح گلی برای آیندگان به یادگار گذاشت.

مصر باستان: در مقایسه با تمدن بین النهرین، تمدن مصر تاثیر بیشتری بر پزشکی دوران بعد گذاشت. از عصر مصریان مدارک زیادی به خط هیروگلیف و نقاشی بر روی پاپيروس یا حجاری، به دست آمده است که در آنها شرح بیماری‌ها، طرز تشخیص، دستورات جراحی و معالجه و توصیه‌های مختلف پزشکی شده است.

اولین پزشک مصری که مبادرت به نگارش مدارک پزشکی نمود، ایمهوتپ دانشمند برجسته مصر باستان می‌باشد. وی از سال ۲۶۵۰ تا ۲۶۰۰ قبل از میلاد مسیح زندگی کرده است. او در دودمان پادشاهی سوم مصر باستان و در دستگاه فرعون جوزر در جایگاه صدر اعظمی خدمت می‌کرد. او نخستین معمار، نخستین مهندس و نخستین پزشکی است که نام او در تاریخ ثبت شده است.

یونان باستان: پزشکان یونان باستان در معابد به معالجه و مداوای بیماران می‌پرداختند. بر روی بقایای ستونهای معابد مربوط به ۱۲۰۰ سال قبل از میلاد نام بیمار، خلاصه بیماری و اینکه مداوا شده و شفا یافته یا نه نوشته شده است. *هیپوکرات (بقراط)* که در ۴۶۰ سال قبل از میلاد به دنیا آمده از اطباء معروف این دوره بوده و پدر طب شناخته می‌شود. او اولین طبیبی است که جادوگری و خرافات را کنار گذاشته و براساس اصول علمی طبابت نموده است. در نوشته‌های بقراط گاهی اوقات شرح کامل بیماری را می‌توان دید که با روشن‌بینی خاصی سیر

بیماری را توجیه کرده است. بقراط در نوشته‌هایش محرمانه بودن مدارک پزشکی را دارای اهمیت زیاد و حفظ آنها را توصیه نموده است.



تصویر ۲- بیمار مبتلا به پولیو میلیت بر روی یکی از حجاری‌های مصر باستان

در دوران روم به نام گالن یا جالینوس می‌رسیم. وی که ششصد سال پس از بقراط زندگی می‌کرد، شرح حال مریض را می‌نوشت و برای تحقیقات خود و آینده نگاه می‌داشت و تدریس خود را براساس مطالعه و طرح پرونده و شرح بیماران خود قرار می‌داد.

پس از این دوره قرون وسطی در اروپا آغاز می‌شود. در این دوره اسلام ظاهر شد و دانشمندان مسلمان به ترجمه کتب و آثار بقراط و جالینوس به زبان عربی پرداختند. محمد ذکریایی رازی (۲۵۰ تا ۳۱۳ هجری قمری) طبیبی حاذق و پزشکی عالی‌قدر بود و در زمان خود شهرت به‌سزایی داشت. رازی از زمره‌ی پزشکانی است که بعضی از عقاید وی در درمان طب امروزی نیز به‌کار می‌رود، مخصوصاً در درمان بیماران با مایعات و غذا. پزشکان و محققین از کتاب‌ها و رسالات رازی در سده‌های متمادی بهره برده‌اند. وی برای آموختن علم به بغداد سفر کرد و

مدتی نامعلوم در آنجا اقامت گزید. رازی در بغداد به تحصیل علم پرداخت و سپس ریاست بیمارستان معتضدی را برعهده گرفت. پس از مرگ معتضد، خلیفه عباسی، رازی به ری بازگشت و عهده‌دار ریاست بیمارستان ری شد. وی تا پایان عمر در این شهر به درمان بیماران مشغول بود. او بزرگترین طبیب مسلمان و بزرگترین کلینیسین قرون وسطی بوده است. رازی کتاب‌های زیادی نوشته که تقریباً نیمی از آن‌ها درباره مطالب طبی بوده است. نوشته‌های او درباره آبله و سرخک اولین مطالعه صحیح بیماری‌های عفونی است و اولین باری است که بین این دو بیماری فرق گذاشته شد. او کاشف الکل و اولین کسی است که از روده پیچانده شده گوسفند برای بخیه استفاده کرده است. دقت و سواس گونه او در ثبت شرح حال بیماران در کتاب‌هایی مثل الحاوی و الکناش المنصوری ما را قادر می‌سازد به تشخیص بیماری‌های توصیف شده دست یابیم.

پس از رازی به *ابوعلی سینا* (۱۰۳۷-۹۸۰ میلادی) می‌رسیم. ابوعلی حسین بن عبدالله بن سینا، مشهور به ابوعلی سینا و ابن سینا (یا پور سینا) متولد سال ۳۷۰ هجری قمری و در گذشته در سال ۴۲۸ هجری قمری پزشک ایرانی، مشهورترین و تاثیر گذارترین فیلسوفان و دانشمندان اسلامی بود. وی ۴۵۰ کتاب در زمینه‌های گوناگون نوشته‌است که تعداد زیادی از آن‌ها در مورد پزشکی و فلسفه است. این پزشک بزرگ، نوشته‌هایش را برپایه آثار بقراط و تجارب طبی خود قرار داد. وی برای انجام این کار، تمام اوراق و یادداشت‌های کلینیکی را همانطور که امروزه انجام می‌شود، جمع‌آوری کرد.

اولین بیمارستان دوران بعد از قرون وسطی که هنوز وجود دارد، بیمارستان سن‌بارتولومئو می‌باشد که در لندن در سال ۱۱۳۷ میلادی تاسیس گردید. در این بیمارستان مدارک همه بیماران نگهداری می‌شد و بعضی از آنها تا به امروز باقی مانده است.

با وقوع رنسانس و آغاز تحول فرهنگی و اجتماعی در اروپا، پیشرفت علم طب در غرب تسریع گردید. از این دوره نوشته‌های زیادی باقی است که می‌تواند در زمره مدارک پزشکی

جالب باشد. علم تشریح بدن انسان در این دوره به وسیله‌ی طبیب معروف بلژیکی به نام آندره وسالیوس پایه‌گذاری گردید. نتایج این تشریح‌ها ثبت می‌گردید و برای استفاده نسل‌های بعدی نگهداری می‌شد.

در قرن ۱۷ اهمیت مدارک پزشکی به مراتب بیشتر شد. در بیمارستان سن‌بارتولومئو لندن، به وسیله دکتر ویلیام هاروی به پزشکان دستور اکید داده شد که مشاهدات خود را بنویسند و یا سایر اوراق مربوط به بیمار نگهداری شود. در این دوره در سال ۱۶۶۱ برای اولین بار آمار حیاتی بوسیله کاپیتان جان گرانت مورد مطالعه قرار گرفت.

در قرن ۱۸ اولین بیمارستان متشکل در آمریکا به وسیله‌ی بنیامین فرانکلین تاسیس گردید؛ این بیمارستان هم اکنون به نام بیمارستان پنسیلوانیا معروف می‌باشد. در سال ۱۸۰۳ دستور داده شد، مدارک پزشکی دقیق‌تری در بیمارستان تهیه و نگهداری شود. اندکس بیماران تا سال ۱۹۰۶ در دفتر نگهداری می‌شد تا اینکه در این سال تبدیل به کارت گردید.

در این دوره اولین کوشش‌ها برای اندکس کردن بیماری‌ها به عمل آمد (۱۸۶۴)؛ ولی در سال ۱۹۱۴ بود که نامگذاری بیماری‌ها تهیه گردید.

در سال ۱۸۲۱ بیمارستان معروف ماساچوست در بوستون که یک بیمارستان عمومی بود تاسیس گردید؛ در این بیمارستان قرار شد پرونده کامل مدارک کلینیکی نگاهداری شود. در همین قرن در سال ۱۸۵۹ انجمن مدیکال رکورد آمریکا به ریاست خانم گریس وایتینک مایرز تاسیس گردید. در آن زمان پرونده‌هایی که برای نگهداری مدارک پزشکی بکار برده می‌شد دارای وزن زیاد و بعضی از آن‌ها دارای وزنی معادل ۲/۵ کیلوگرم بودند.

در اوایل قرن بیستم، مدارک پزشکی، توجه بسیار زیاد بیمارستان‌ها و پزشکان را به خود جلب نمود. در ۱۹۰۲ انجمن بیمارستان‌های آمریکا این موضوع را مورد بررسی قرار داد. در سال ۱۹۰۵ انجمن پزشکی آمریکا (AMA) نیز ثبت و نگهداری مدارک پزشکی را برای نفع بیمار،

پزشک و بیمارستان بسیار ضروری تشخیص داد و مسئولیت پزشک را نیز در این زمینه خاطر نشان نمود.

پیشرفت مدیکال رکورد و استاندارد نمودن آنها در قرن بیستم قابل توجه است؛ زیرا در این زمان قرار شد کلیه بیمارستان‌ها مدارک صحیح و کامل تمام بیماران را به طور مکتوب و بایگانی شده در بیمارستان داشته باشند.

مطالعه در کیفیت و کمیت مدارک پزشکی، مسئولین امر را بر آن داشت که رشته تخصصی جداگانه‌ای برای مسئولین و متصدیان مدارک پزشکی در نظر گیرند.

اولین بار خانم گریس مایر به اتفاق گروهی از صاحب‌نظران، شالوده و اساس برنامه ثبت و بایگانی مدارک پزشکی را تهیه نمود. گروهی که این کمیته را تشکیل دادند، شامل خانم‌ها گریس مایر، فلورانس بابکوک از بیمارستان‌های دانشگاهی، خانم آربور از میشیگان و خانم فرانسیس بنسون از بیمارستان‌های پنسیلوانیا بودند؛ این کمیته نام انجمن مسئولین مدارک پزشکی آمریکای شمالی را برای خود انتخاب نمود و تمام کسانی که در این رشته‌ها فعالیتی داشتند می‌توانستند عضو این انجمن شوند.

در آوریل ۱۹۲۹، تعدادی از افرادی که عهده‌دار مدارک پزشکی در بیمارستان‌ها بودند، دور هم جمع شدند و کنگره‌ای برگزار کردند. در این کنگره ۵۸ نفر از ۲۵ ایالت آمریکا شرکت داشته و انجمن متصدیان مدارک پزشکی آمریکا را تشکیل دادند که همه این افراد عضو آن شدند و تا سال ۱۹۶۳ تعداد اعضا این انجمن به ۵۲۰۰ نفر از ۵۰ ایالت مختلف آمریکا، کانادا، پرتوریکو و هفده کشور خارجی دیگر می‌رسید.

در ژانویه ۱۹۳۰ اولین بولتن انجمن به نام Association of medical Record Librarians، انجمن مسئولان مدارک پزشکی و در سال ۱۹۶۲ به نام Medical Record news، اخبار مدارک پزشکی یا اخبار انجمن مسئولین مدارک پزشکی منتشر شد. در حال

حاضر بیش از ۲۴ مدرسه شناخته شده دانشگاهی برای مدارک پزشکی در ایالات متحده آمریکا تاسیس و مشغول تدریس می‌باشند.

تاکنون چهار انجمن مسئولین مدارک در دنیا شناخته شده است: آمریکا، کانادا، استرالیا و انگلستان که متصدیان مدارک پزشکی بیش از بیست و شش کشور عضو این انجمن می‌باشند، که تعداد آن‌ها رو به فزونی است. انجمن متصدیان مدارک پزشکی آمریکا در سال ۱۹۲۹ تاسیس گردید و اولین انجمن ملی در آن زمان بود؛ متصدیان مدارک پزشکی کانادا هم حق عضویت می‌پرداختند و عضو انجمن مذکور بودند؛ ولی در سال ۱۹۴۲ انجمن متصدیان مدارک پزشکی کانادا خود به طور مستقل تشکیل گردید. در انگلستان متصدیان مدارک پزشکی هم زمان با شروع جنگ جهانی شروع به فعالیت نمودند؛ ولی به خاطر جنگ تاسیس انجمن آنان به بعد از جنگ موکول گردید (۱۹۴۸).

انجمن متصدیان مدارک پزشکی استرالیا در سال ۱۹۴۹ به وسیله‌ی انجمن بیمارستان‌های استرالیا به رسمیت شناخته شد و در سال ۱۹۵۲ فدراسیون مسئولین مدارک پزشکی رسمیت پیدا نمود. سازمان فدراسیون مدارک پزشکی استرالیا از لحاظ تشکیلات شبیه کانادا و آمریکا می‌باشد.

اولین کنگره بین‌المللی مسئولین مدارک پزشکی در سال ۱۹۵۲ با شرکت ۹ کشور عضو تشکیل شد، و کنگره‌های بعدی در واشنگتن (۱۹۵۶) اسکاتلند (۱۹۶۰) شیکاگو (۱۹۶۳) و دالاس (۱۹۸۸) تشکیل گردید. دهمین کنگره در سال ۱۹۸۸ در دالاس آمریکا یازدهمین کنگره در سال ۱۹۹۲ در ونکوور کانادا و دوازدهمین کنگره در سال ۱۹۹۶ در مونیخ آلمان برگزار گردید. در ایران، همانطور که گفته شد، رازی از اولین طبائی است که در هزار سال قبل شرح حال بیماران و تاریخچه‌های آنها را با ترتیب صحیح و شکل منظم (به گونه‌ای که امروزه در بیمارستان‌های جهان مرسوم است) نگاشته است؛ ذکریای رازی نیز برای درمان بیماران، در

موقع ورود بیمار، ابتدا شرح حال و تاریخچه‌ی بیماری آن‌ها را به شکلی صحیح در نظر می‌گرفت و پس از آن به معالجه آنان می‌پرداخت.

رازی، بیمارستان آمریکایی‌ها در یک صد سال قبل، بیمارستان ابن‌سینا (دولتی سابق) بیمارستان وزیری و بیمارستان‌های مدرن ایران، از اولین مواردی هستند که به ضبط مدارک پزشکی پرداختند.

اهداف اصلی از تشکیل پرونده پزشکی چیست؟

ثبت مدارک پزشکی باید به طور دقیق و صحیح انجام گیرد؛ زیرا در بسیاری موارد پیشبرد دانش و اطلاعات پزشکی از طریق انجام مطالعات و بررسی‌های گذشته‌نگر صورت می‌گیرد و نیل به این امر، تنها با دستیابی به منابع اطلاعاتی دقیق و گرانبهایی چون پرونده‌های پزشکی امکان‌پذیر است؛ از طرف دیگر، بالا بردن کیفیت مراقبت بیمار مستلزم توجه به اصل تداوم مراقبت است. این تداوم در مراقبت از بیماران، نزدیک‌ترین راه برای تامین سریع سلامت فرد و جامعه می‌باشد.

به طور کلی می‌توان گفت، مفهوم تشکیل پرونده پزشکی چیزی به جز مستند نمودن دوره‌ی بیماری و درمان بیمار در خلال تمام دوران مراقبت از بیمار اعم از بستری یا سرپایی نیست؛ در عین حال، پرونده‌ی پزشکی بیمار می‌تواند به عنوان حافظه‌ی پزشک و کادر درمانی نیز مورد استفاده قرار گیرد.

در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز در زمینه اهمیت مدارک پزشکی و ثبت دقیق اطلاعات، این مطالب بیان شده است:

نگهداری صحیح مدارک پزشکی حایز اهمیت است. اگر مدارک پزشکی ناخوانا، ناقص و مبهم بوده و یا به طور صحیح تکمیل نشده باشد، در جمع‌آوری اطلاعات و برنامه‌ریزی برای حل مشکلات، فاقد استفاده خواهد بود؛ به همین دلیل می‌توان گفت کیفیت مدارک پزشکی یکی از

موارد مهم از دیدگاه مدیریت بیماری‌هاست. به طور کلی مدارک پزشکی برای گروه‌های زیر کاربرد دارد:

۱. ارزش پرونده پزشکی برای اعضاء تیم درمانی بیمار

الف) با هدف مستندسازی در رابطه با مشکل و یا مشکلات بیمار و درمان وی در طی دوره درمانی و همچنین استفاده از آن در برنامه‌های تحقیقاتی

ب) با هدف ایجاد ارتباط مناسب و صحیح بین گروه‌های اصلی ارائه دهنده‌ی خدمات پزشکی و درمانی و گروه‌های وابسته.

۲. ارزش پرونده پزشکی برای مراجع قانونی

از نظر قانونی، مدارک پزشکی ارزش زیادی به منظور دفاع از پزشک، بیمارستان و بیمار دارد. از جمله مشکلاتی که امروزه دامنگیر پزشکان می‌گردد، سوء درمان ناشی از خطاهای علمی یا انضباطی آنان است که در دهه‌ی اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته است؛ در این صورت، چنانچه بیمار به دلایل مختلف از مراجع قانونی دادخواهی نماید (خواه از نحوه‌ی درمان پزشک خاصی شاکی باشد و یا از بیمارستان شکایت کند) داده‌های ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار و گزارشات تک‌تک اعضاء تیم درمانی، برای تصمیم‌گیری مراجع قضایی و صدور حکم، فوق‌العاده تاثیرگذار است.

۳. ارزش پرونده پزشکی برای مراکز آموزشی

پرونده‌های پزشکی به عنوان منابع روز آمد اطلاعات در آموزش پزشکان و پیراپزشکان و هر آنکس که به نوعی در فعالیتهای درمانی دخیل است، با رعایت اصل رازداری می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. در این خصوص می‌توان گفت:

مدارک پزشکی نه تنها به منظور آموزش رسمی دانشجویان پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد، بلکه در آموزش‌های غیر رسمی و افزایش سطح علمی پزشکان نیز موثر است. زمانی

که کادر پزشکی به منظور بازرسی عملکرد بیمارستان، مدارک پزشکی را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهند، جزییات مربوط به موفقیت یا شکست درمان را به دقت بررسی کرده و نتایج به دست آمده را با میانگین‌های کشوری مقایسه می‌کنند. چنانچه این نتایج اختلاف قابل ملاحظه‌ای از میانگین کشوری داشته باشد، در صدد کشف علل آن بر می‌آیند. چنین نتایجی، اگرچه از نظر درجه علمی جزء آموزش رسمی محسوب نمی‌گردد، معذالک می‌تواند به عنوان مکمل فرآیند آموزشی که پزشک بدان نیازمند است، قلمداد شود.

۴. ارزش پرونده پزشکی برای مراکز پژوهشی

درصد قابل توجهی از پیشرفت‌های پزشکی امروزی در حقیقت مرهون ثبت نتایج تحقیقات پزشکان در گذشته می‌باشد. هر مدرکی که مطابق اصول علمی، به گونه‌ای قابل قبول و با دقت و صحت ثبت گردد، منبعی با ارزش برای مطالعه و تحقیق محسوب می‌شود. پزشکان سهم بسزایی در فراهم آوردن اطلاعات مورد نظر برای تحقیقات دارند، این مهم به شرطی قابل تحقق است که ثبت دقیق و کامل کلیه داده‌های مربوط به بیماری در پرونده‌های پزشکی توسط آنان رعایت شده باشد.

۵. ارزش پرونده پزشکی برای بیمار

وجود یک پرونده‌ی کامل پزشکی که حاوی اطلاعاتی نظیر سوابق بیمارها، واکسیناسیون، نتایج آزمایش‌ها و بررسی‌های انجام شده بر روی بیمار باشد، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. دسترسی به این اطلاعات، به ویژه در پیگیری درمان، با آگاهی از سوابق پزشکی بیمار، بسیار ارزنده بوده و به تشخیص و معالجه وی کمک قابل توجهی می‌نماید.

۶. ارزش پرونده پزشکی برای بیمارستان

از نظر بیمارستان، مدارک پزشکی محتوی داده‌هایی است که شامل مشاهدات انجام شده توسط پزشک و نتایج درمان بیمار می‌باشد. با استفاده از مدارک پزشکی، بیمارستان به تجزیه و تحلیل

کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده می‌پردازد. لذا مهمترین ارزش مدارک پزشکی برای بیمارستان به لحاظ تشخیص و تعیین دلایل اقدامات درمانی می‌باشد. چه بسا بیمار ممکن است فوت نماید و مرگ وی به دلیلی باشد که قابل پیشگیری بوده است؛ در چنین مواردی، مدارک پزشکی بیمار به منظور بررسی دقیق علت مرگ، مورد توجه بیمارستان قرار می‌گیرد. امروزه بیمارستان‌ها مسئول بررسی و مشخص نمودن نتایج بدست آمده از درمان بیمار و علل آن می‌باشند. اگر نتیجه‌ی درمان، بهبودی بیمار باشد، بیمارستان و کادر درمانی آن باید بدانند چه نقشی در این بهبودی ایفا نموده‌اند. همچنین در یک بیمارستان منظم و پیشرفته، باید علل نارسایی درمانی مشخص شده و نسبت به برطرف کردن این نارسایی‌ها اقدامات لازم صورت پذیرد. چنانچه این نارسایی‌ها ناشی از بی‌توجهی کادر درمانی و یا کمبود امکانات و تجهیزات باشد، اطلاعات موجود در پرونده‌ی پزشکی می‌تواند در کشف و اصلاح آن مورد استفاده قرار گیرد.

۷. ارزش پرونده پزشکی برای بهداشت عمومی

هر جامعه‌ای دارای مشکلات بهداشتی مخصوص به خود می‌باشد، گرچه برخی بیماری‌ها بین جوامع مختلف مشترک است، اما بسیاری از بیماری‌ها به طور دوره‌ای، فصلی و یا در مکان‌های خاصی بروز می‌یابند. مؤسسات بهداشتی برای حفظ و ارتقاء سطح بهداشت عمومی و کنترل بیماری‌ها، نیازمند مطالعه دقیق داده‌های مربوط به بیماری‌های موجود در منطقه و کشور خود هستند. این مؤسسات با استفاده از داده‌های موجود در پرونده‌های پزشکی، خط مشی‌ها و سیاست‌های بهداشتی را نیز پایه‌ریزی می‌نمایند. در حقیقت ثبت و نگهداری داده‌ها تحت عنوان مدارک پزشکی، منبع عظیم اطلاعاتی است که در انعکاس مشکلات بهداشتی و اطلاعات مربوط به اپیدمی‌ها و بیماری‌های مسری مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در صورتی پرونده‌های پزشکی (در موارد مذکور) به نحو موثری می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند که طبق قوانین صحیح مستندسازی نوشته و ثبت شده باشند.

اصول و قوانین مستند سازی

با توجه به روند صعودی ارجاع پرونده‌های پزشکی به سازمان نظام پزشکی و مراجع قضایی، لازم است کلیه‌ی دستورات، اقدامات صورت گرفته و نیز کلیه حالات و وضعیت‌های بیمار به صورت مستند و مکتوب در پرونده‌ی پزشکی بیماران منعکس شود.

چنانچه پرونده‌ها تحت بررسی قرار گیرند و یا شما را برای توضیح به دادگاه احضار کنند، باید بدانید که "اگر اطلاعات و یا اقدامات انجام شده ثبت نشود، از نظر قانونی، آن کار انجام نشده است" به عبارت دیگر سندیت انجام اقدامات پزشکی، ثبت کارهای صورت گرفته است. اهمیت مستند سازی دقیق در طول مراقبت از بیمار، اغراق آمیز نیست و کلیه اعضا تیم درمانی باید مطمئن شوند که تمامی اقدامات درمانی به طور کامل و دقیق ثبت شده است. دستورات و یا گزارشات موجود در یک پرونده پزشکی وقتی می‌توانند به عنوان یک سند و مدرک مورد قبول واقع شوند که دارای خصوصیات زیر باشند:

۱. دستور و یا گزارش واجد ویژگی‌های یک سند باشد به عبارت دیگر دارای ۳ ویژگی اصلی یعنی اطلاعات، تاریخ و تایید (امضا) باشد؛ وجود این ۳ ویژگی، یک متن را به یک سند و مدرک تبدیل می‌کند.

۲. سند ارایه شده معتبر باشد؛ میزان اعتبار یک سند بستگی به میزان اطلاعات آن سند و عدم وجود تناقض در نگارش و اطلاعات آن دارد. به عبارت دیگر هر اندازه داده‌های یک سند از اطلاعات بیشتر و دقیق‌تری برخوردار بوده و تناقض کمتری داشته باشد، از اعتبار بیشتری برخوردار خواهد بود. بنابراین اعتبار یک سند برحسب کامل بودن مقدار اطلاعات

(completeness) دقیق بودن اطلاعات (Accuracy) و کافی بودن اطلاعات (Adequacy) از

نظر وضوح و پیوستگی، می‌باشد.

در این راستا (جهت مقبولیت مستندات در مراجع قضایی) توصیه می‌شود موارد زیر در هنگام نوشتن دستورات و یا گزارشات به دقت رعایت شود.

۱. تمامی گزارشات باید توصیفی باشد: دقیقاً مشاهدات خود را شرح دهید نه تصوراتتان را؛ به طور مثال ننویسید، بیمار احتمالاً تب دارد، بنویسید حرارت بدن بیمار ۳۹/۵ درجه سانتیگراد است.

۲. نقل قول بیمار یا همراه وی را بدون کم و کاست ثبت کرده و آن را از مشاهدات خود مجزا و مشخص کنید. به طور مثال بنویسید: به گفته‌ی بیمار "شب گذشته تب و لرز داشته است" ننویسید، بیمار شب گذشته تب و لرز داشته است.

۳. دستورات و نوشته‌ها باید واضح و روشن باشند؛ مثلاً ننویسید بیمار روزی سه عدد قرص میل کند، بلکه برای بیمار دقیقاً روشن کنید که ۳ عدد قرص را چگونه {یکجا، هر ۸ ساعت و یا صبح ۱، ظهر ۱ و شب ۱ عدد (قبل، همراه، بعداز غذا و یا بدون ارتباط با غذا) و یا هر شکلی که مورد نظر شماست} میل کند.

۴. سعی کنید گزارش کاری را که انجام داده‌اید بلافاصله پس از انجام، مکتوب کنید؛ نوشتن گزارش قبل از انجام دادن کار و یا هنگامی که زمان زیادی از انجام آن سپری شده باشد، باعث فراموشی انجام کار و یا فراموشی مقداری از اطلاعات کار انجام شده (جهت ثبت کردن گزارش) می‌گردد؛ بدیهی است اگر ثبت گزارش کاری را فراموش کرده و پس از ثبت کارهای بعدی، متوجه آن شدید بایستی بلافاصله، گزارش فراموش شده را ثبت و به دنبال آن، عنوان «ورودی دیر ثبت شده» (Late entry) را بیاورید.

۵. مستند سازی باید خوانا، واضح و از نظر زمانی پیوسته باشد، به طوری که خواننده‌ی گزارش بتواند توالی کارهای انجام شده را به طور صحیح در ذهن خود مجسم کند.

۶. از اختصارهای استاندارد و رایج شناخته شده استفاده کنید (مثل NPO). سعی کنید از اختصارهای غیرمعمول و یا اختراع شده توسط خود شما و یا دوستانتان (هر چند برای شمارا ایج و شناخته شده باشد) استفاده نکنید.

۷. از خطوط صفحه‌ی فرم گزارش به طور کامل و منظم استفاده کنید، به شکلی که بین آن‌ها خط خالی باقی نماند، پس از اتمام گزارش آن را با ذکر ساعت، تاریخ و امضا تایید کنید؛ در صورتی که ادامه‌ی گزارش شما نیاز به استفاده از پشت صفحه یا صفحه‌ی جدید داشت، با آوردن کلمه‌ی ادامه و گذاشتن فلش (←) به پشت صفحه یا به صفحه‌ی بعدی رفته و در ابتدای صفحه جدید مجدداً تاریخ و ساعت را ثبت و مطالب را ادامه دهید. اگر بین خطوط گزارش، خطی جا افتاد (خالی یا نانوشته ماند) آن را با کشیدن یک خط ممتد پر کنید.

۸. پاک کردن و استفاده کردن از مایع تصحیح کننده (غلط گیر) در مستندات، غیر قانونی است؛ در صورتی که در ثبت دچار اشتباه شدید، هرگز آن را پاک نکنید؛ یک خط بر روی قسمت اشتباه شده بکشید و در یک پرانتز جلوی آن کلمه‌ی "اشتباه" (Error) را نوشته و سپس عبارت صحیح را به دنبال آن بنویسید.

۹. همه‌ی دستورات و اطلاعات بدون کم و کاست و یا تغییر، باید اجرا و سپس ثبت شود. پزشک در انتهای گزارش عمل و یا دستورات خود، باید با ذکر ساعت و تاریخ، دستورات خود را با مهر و امضا تایید کرده و پرستار نیز با بستن انتهای متن، تمام شدن دستورات پزشک را مشخص کند؛ در صورتی که پزشک نیاز به دستور جدید یا تغییر در دستورات قبلی خود پیدا کرد، باید مجدداً با ذکر ساعت و تاریخ، دستور جدید را ثبت و آن را تایید نماید.

۱۰. محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد: منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات، ارزیابی‌ها و اقدامات درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید باشخص دیگری (به جز مواردی که در فصل اخلاق پزشکی ذکر خواهد شد) در میان گذاشته شود.

۱۱. مستند سازی بایستی ارزیابی بیمار و یا روند درمانی او را تضمین کند. به عبارت دیگر مستندات پرونده‌ی بیمار باید برنامه و مسیر درمانی بیمار را توجیه کرده، همچنین این مستندات باید اقدامات درمانی و دارویی، دفعات و میزان استفاده از دارو، آموزش بیمار و خانواده اورانیز در بر داشته باشد.

۱۲. گزارش کلیه‌ی آزمایش‌ها، تصویربرداری‌ها و اقدامات پاراکلینیکی که انجام شده، همراه با توجیه علت درخواست آنها، باید در پرونده موجود باشد.

۱۳. کلیه اوراق و مستندات پرونده، علاوه بر خوانا بودن، باید دارای مشخصات هویتی بیمار، شماره پرونده، نام بیمارستان، تاریخ و تایید (مهر و امضا) باشد.

برای وصول به اهداف مستندسازی اقدامات زیر صورت می‌گیرد

جهت مستندسازی دو نوع بررسی (کمی و کیفی) در بخش مدارک پزشکی انجام می‌شود.

هدف از بررسی کمی

• اطمینان یافتن از کامل بودن تعداد اوراق پرونده (برای مثال در اعمال جراحی بایستی اوراق مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوشی، گزارش عمل جراحی و مراقبت بعد از عمل جراحی وجود داشته باشد).

• وجود مشخصات هویتی، شماره پرونده، گزارشات، تاریخ، امضاء پزشک، پرستار و... در

تمامی برگ‌های پرونده

هدف از بررسی کیفی

• دقیق بودن داده‌ها

• با کفایت بودن داده‌ها

یکی از موارد مهم در ثبت و نگهداری مدارک پزشکی، رعایت اخلاق در این زمینه می‌باشد. برای اطلاعات بیشتر در این زمینه می‌توانید به فصل اخلاق پزشکی در آخر کتاب مراجعه کنید.

فصل دوم

پرونده پزشکی

پرونده پزشکی

پرونده پزشکی به مجموعه نوشته‌هایی به صورت دستنویس، تایپ شده و یا نرم افزاری گفته می‌شود که بین پزشک، بیمار و سایر افراد تیم درمانی (و گاهی ادارات قانونی) ارتباط مکتوب و رسمی برقرار می‌کند؛ همچنین پرونده پزشکی به مجموعه حقایق مستند پیرامون وضعیت سلامتی بیمار گفته می‌شود که از نظر محتوایی، حاوی همه اطلاعات مربوط به بیمار، مثل اطلاعات فردی، علت مراجعه، شرح حال و معاینه فیزیکی، تشخیص، دستورات پزشک، بررسی‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری، گزارش‌های پرستاری، سیر بیماری و احياناً انتقال یا فوت و کلیه اقدامات انجام شده برای وی از قبیل درمان‌های طبی و جراحی می‌باشد. به عبارت دیگر شما می‌توانید در پرونده پزشکی، داستان بیمار را از لحظه‌ی ورود تا لحظه‌ی خروج وی از بیمارستان و حتی روند پیگیری‌های بعدی و ادامه‌ی درمان او را مطالعه کرده و از آن آگاهی پیدا کنید.

نگارش صحیح پرونده پزشکی بسیار مهم است. به طور کلی یک پرونده‌ی پزشکی باید از سه ویژگی زیر برخوردار باشد: ۱- کامل بودن (Completeness) از نظر تعداد صفحات و مقدار اطلاعات ۲- دقیق بودن اطلاعات (Accuracy) ۳- کافی بودن اطلاعات (Adequacy).

پزشک و یا هر یک از اعضای تیم درمانی، وظیفه دارند بعد از هر بار ویزیت بیمار، گزارش کامل و دستورات خود را در پرونده‌ی پزشکی وی با ذکر ساعت و تاریخ یادداشت کنند؛ این گزارش باید جامع و کامل بوده و از نظر شکل نگارش بر مبنای اصول صحیح و استاندارد باشد، به طوری که هر یک از اعضای دیگر تیم پزشکی، با مطالعه آن بتواند کاملاً در جریان وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده (برای وی) قرار گیرد. برای اعتبار بخشی به مستندات یک پرونده از نظر قانونی و اداری، لازم است پزشک، پرستار و سایر افرادی که حق دسترسی به پرونده پزشکی بیمار را دارند با مهر و امضای خود مطالب نوشته شده در هر قسمت از پرونده را تایید نمایند. به عبارت دیگر، هر کدام از برگ‌ها و یا مستندات پرونده‌ی بیمار، علاوه بر خوانا بودن باید دارای مشخصات شناسایی بیمار، شماره‌ی پرونده‌ی بیمار و تاریخ بوده و به تایید مسئول

مربوطه رسیده باشد. اوراقی که لازم است در پرونده‌ی بیماران بستری در بیمارستان باشد شامل دو قسمت است:

الف: اوراق اصلی

ب: اوراق مخصوص

ترتیب قرارگیری در پرونده‌ی پزشکی	اوراق مخصوص	ترتیب قرارگیری در پرونده‌ی پزشکی	اوراق اصلی
صفحه ۵	۱. برگ درخواست مشاوره	صفحه ۱	۱. برگ پذیرش و خلاصه‌ی تریخیص
صفحه ۶	۲. برگ مراقبت قبل از عمل	صفحه ۲	۲. برگ خلاصه پرونده
صفحه ۷	۳. برگ بیهوشی	صفحه ۳	۳. برگ شرح حال
صفحه ۸	۴. برگ گزارش عمل جراحی	صفحه ۴	۴. برگ سیربیماری
صفحه ۹	۵. برگ مراقبت بعد از عمل	صفحه ۱۰	۵. برگ دستورات پزشک
صفحه ۱۴	۶. برگ گزارش پاتولوژی	صفحه ۱۱	۶. برگ گزارش پرستار
صفحه ۱۷	۷. برگ الصاق الکتروکاردیوگرام	صفحه ۱۳	۷. برگ نمودار علائم حیاتی
صفحه ۱۵	۸. برگ گزارش رادیولوژی	صفحه ۱۲	۸. برگ کنترل علائم حیاتی
صفحه ۱۸	۱۰. برگ جذب و دفع مایعات	صفحه ۱۶	۹. برگ گزارش آزمایشگاه

برگ‌های دیگری از قبیل چارت دارویی، برگ حسابداری و سایر اوراق متفرقه نیز در پرونده وجود دارند که بعد از این برگ‌ها قرار می‌گیرند.

می‌توان صفحه‌ای برای نوشتن وسایل مصرفی (مثل پروتزهای ارتوپدی و یا پیس‌میکر قلبی که از غرفه‌ی بیمارستان و یا شرکت‌های آزاد خریداری شده و برای بیمار استفاده شده است) به صفحات فوق (اوراق متفرقه) اضافه کرد. در ادامه به معرفی تک تک برگ‌های پرونده و نحوه‌ی تکمیل آنها خواهیم پرداخت.

۱- برگ پذیرش و خلاصه‌ی تریخیص

این برگ حاوی اطلاعات اساسی درمورد مشخصات فردی بیمار، آزمایش‌ها و نکات مهم، تشخیص‌های اولیه‌ی حین درمان و نهائی، روند اصلی درمان و تریخیص (یا فوت) بیمار به صورت مختصر است. این فرم به مثابه پرونده کوچکی است که به طور کلی دارای ۲ نوع داده می‌باشد:

داده اول اطلاعات هویتی و داده دوم اطلاعات کلینیکی بیمار است. مشخصات هویتی بیمار، در بیمارانی که قادر به پاسخ‌گویی باشند، از خود بیمار (توسط کارمند پذیرش) اخذ می‌شود؛ در صورتی که بیمار کاهش سطح هوشیاری داشته و یا قادر به پاسخ‌گویی نباشد، مشخصات وی در درجه‌ی اول از خانواده‌ی وی و در صورت عدم دسترسی به آنان، از همراه بیمار و یا آورنده‌ی بیمار و در نهایت از اوراق موجود در لباس بیمار اخذ می‌گردد.

اطلاعات مربوط به شماره‌ی پرونده و مشخصات فردی بیمار توسط مسؤل پذیرش، اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده برای او توسط پرستار و اطلاعات مربوط به تشخیص اولیه و تفسیر آزمایش‌ها و نکات مهم در تصویربرداری، توسط پزشک معالج ثبت می‌گردد. این برگ از اجزای زیر تشکیل شده است:

۱. شماره پرونده

۲. اطلاعات شخصی بیمار (شامل نام، نام خانوادگی، جنسیت، سن بیمار، تاریخ و محل تولد، شماره شناسنامه، وضعیت تاهل، آدرس و شماره تلفن تماس با بیمار یا بستگان وی می‌باشد)

۳. زمان پذیرش

۴. پزشک بستری کننده و بخش مربوطه
 ۵. نتایج مهم آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها
 ۶. تشخیص اولیه
 ۷. تشخیص در حین درمان
 ۸. تشخیص نهایی
- تشخیص اولیه: این تشخیص براساس شرح حال، معاینه و مستندات موجود، قبل از انجام اقدامات آزمایشگاهی و عکس‌برداری، توسط پزشک معالج، داده می‌شود.
 - تشخیص در حین درمان: این تشخیص پس از بررسی‌های انجام شده و در طول مدت بستری بودن بیمار، ممکن است توسط پزشک معالج مطرح شود.
 - تشخیص نهایی: این تشخیص در حین ترخیص بیمار ثبت می‌شود.
- تذکر:** ممکن است تشخیص اولیه، حین درمان و تشخیص نهایی با هم متفاوت باشند.
۹. اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی
 ۱۰. علل خارجی (آسیبها و مسمومیتها)
 ۱۱. وضعیت بیمار در هنگام ترخیص
 ۱۲. توصیه‌های پس از ترخیص
 ۱۳. اطلاعات مربوطه به بیماران فوت شده اعم از تاریخ فوت، علت اصلی فوت و علت زمینه‌ای فوت و نتیجه‌ی اتوپسی (در صورت انجام)
 ۱۴. تعداد مشاوره‌های انجام شده در حین بستری بیمار.
 ۱۵. مشخصات مربوط به تیم درمانی (مثل نام و امضای پرستار بخش، نام و امضای پزشک معالج و دستیاران همراه با شماره نظام پزشکی آن‌ها).

* موارد ۷ تا ۱۴ در هنگام ترخیص و یا فوت بیمار تکمیل می‌گردد.
 مشخصات مربوط به شناسایی بیمار توسط پذیرش بیمارستان و اطلاعات مربوط به بیماری و سیر آن توسط پزشک بیمار تکمیل می‌شود.

توضیح امضاهای انتهای برگ

پس از کامل شدن برگ پذیرش و خلاصه ترخیص بیمار، تایید محتویات آن، توسط امضا کردن افراد زیر صورت می‌گیرد:

۱. نام و امضای پرستار بخش: پرستار بخش موظف است هنگام انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا بیمارستان به موسسه‌ی دیگر، تاریخ انتقال و همچنین نام بخش یا مرکز درمانی ثانوی و مدت زمانی را که در آن مرکز بستری بوده است را ثبت نماید؛ همچنین پرستار بخش موظف است در صورت انجام مشاوره (در طول زمان بستری بیمار) تعداد مشاوره انجام شده را نیز در این برگ ثبت کند. از دیگر مواردی که پرستار موظف به تکمیل آن (در این برگ) است، مواردی مانند انجام اتوپسی (در صورت فوت بیمار) مشخص کردن فاصله زمانی فوت بیمار از هنگام پذیرش (روشن کردن زمان فوت بیمار اعم از اینکه قبل و یا بعد از ۴۸ ساعت از زمان پذیرش فوت نموده است) و همچنین ثبت دقیق ساعت و تاریخ فوت بیمار.

۲. نام و امضای دستیار: در هنگام ترخیص بیمار، دستیار و همچنین پزشک معالج باید علاوه بر تکمیل قسمت‌های مربوط به نتایج و نکات مثبت و منفی آزمایش‌ها و تصویربرداری، قسمت‌هایی نظیر تشخیص اولیه، تشخیص در حین درمان (در صورتی که مطرح شود) تشخیص نهایی، اعمال جراحی انجام گرفته و وضعیت بیمار هنگام ترخیص را به صورت کامل ثبت کرده و توصیه‌های پس از ترخیص در مورد زمان و نحوه‌ی مراجعات بعدی را ذکر کنند.

۳. نام و امضای پزشک معالج: در هنگام ترخیص یا فوت بیمار موارد مشخص شده در بند فوق که به وسیله‌ی دستیار تکمیل گردیده، توسط پزشک معالج تایید می‌گردد. در صورتی که

این موارد توسط دستیار پر نشده باشد، پزشک معالج این موارد را تکمیل و با امضا و مهر خود آن‌ها را تایید می‌نماید.

۴. نام و امضای مسئول پذیرش: این تایید و امضا، در بدو ورود و پذیرش بیمار، بعد از تکمیل مشخصات هویتی بیمار با ذکر ساعت و تاریخ دقیق پذیرش، توسط مسئول پذیرش امضا و تایید می‌گردد.

پیشنهادات

۱. پیشنهاد می‌شود در هنگام ترخیص بیمار، به منظور دسترسی به مشخصات پرونده‌ی وی، یک کارت (به اندازه‌ی کارت شناسایی) برای او صادر گردد. توصیه می‌شود این کارت حاوی اطلاعاتی مثل مشخصات بیمار، شماره پرونده، نام بیمارستان و پزشک معالج، تاریخ بستری و ترخیص، شکایت اصلی و تشخیص بیماری باشد.
 ۲. پیشنهاد می‌گردد در برگ پذیرش (در صورتی که عمل جراحی برای بیمار صورت گرفته است) در قسمت اعمال جراحی، نوع عمل و در کادر روبه‌روی آن کد عمل جراحی ثبت شود تا در تحقیقات پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد.
- اینک توجه شما را به یک نمونه برگ پذیرش و خلاصه پرونده پر شده همراه با توضیحات آن جلب می‌کنیم.

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

برگه پذیرش و خلاصه ترخیص

شماره پرونده
کد ورود

نام خانوادگی	نام	نام پدر	جنس	وضعیت تاهل	شماره شناسنامه
محل تولد	محل تولد	محل صدور شناسنامه	مذهب	محل کت	محل سکونت دائمی
تاریخ تولد	سن	ماه	سال	روز	ماه
آدرس و تلفن	آدرس و تلفن				
شماره یا معرف بیمار (دور) (فرزند)	آدرس و تلفن				
پذیرش تاریخ	ببخش	بخش اورژانس داخلی	یوشک بستری کننده	انتقالی از بیمارستان	مراکز دیگر
ساعت	ببخش	ببخش اورژانس داخلی	تاریخ	ساعت	ساعت
نوع پذیرش	نوع پذیرش	نوع پذیرش	نوع پذیرش	نوع پذیرش	نوع پذیرش
نتایج مهم آزمایشات و عکسبرداری	نتایج مهم آزمایشات و عکسبرداری				
تشخیص اولیه به زبان انگلیسی	تشخیص اولیه به زبان انگلیسی				
تشخیص حین درمان به زبان انگلیسی	تشخیص حین درمان به زبان انگلیسی				
تشخیص نهایی به زبان انگلیسی	تشخیص نهایی به زبان انگلیسی				
عمل جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ به زبان انگلیسی	عمل جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ به زبان انگلیسی				
علل خارجی (حوادث، آسیبها و مسمومیتها) به زبان انگلیسی	علل خارجی (حوادث، آسیبها و مسمومیتها) به زبان انگلیسی				
وضعیت بیمار هنگام ترخیص	بهبودی	بهبود نسبی	ترخیص با میل شخصی	مدت اقامت بیمار	روز
توصیه های پس از ترخیص	مراجعه به درمانگاه پزشکی	هفته دیگر	سایر موارد		
فوت تاریخ	فوت قبل از	فوت بعد از	تعداد مشاوره	علت اصلی فوت	علت زمینه ای فوت
انوعی بله خیر	مشاوره بله خیر	تعداد مشاوره	نام و امضای پزشک معالج	شماره نظام پزشکی	نام و امضای سرپرستار بخش
شماره پرونده	شماره پرونده				

تصویر ۳: برگ پذیرش و خلاصه ترخیص

همانطور که ملاحظه می‌کنید قسمت‌های مربوط به پرستاری و پزشک معالج تکمیل نشده است؛ همچنین در قسمت تشخیص نهایی، به جای تشخیص، علت مراجعه یا مشکل اصلی بیمار (Chief Complaint) ثبت شده است.

۲- برگ شرح حال (Medical History Sheet)

برگ شرح حال، اطلاعات کاملی از شرح حال ارائه شده توسط بیمار و همراهان وی را در بر داشته و منبع اصلی جهت تشخیص بیماری و تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان بیمار محسوب می‌شود. اولین قدم در مراقبت از هر بیمار، برقراری ارتباط صحیح با وی و گرفتن شرح حال است. در واقع بسیاری از شکایاتی که از کادر درمانی صورت می‌گیرد، به علت عدم وجود ارتباط صحیح بین بیمار و همراهان وی با کادر درمانی است.

با یک ارتباط صحیح و پس از اخذ شرح حال، پزشک کاملاً در جریان سیر بیماری، از آغاز تا کنون، عوامل ایجاد کننده، عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده شدت بیماری، علائم همراه بیماری و... قرار گرفته و در نهایت با یک معاینه فیزیکی کامل، می‌تواند تشخیص‌های افتراقی مطرح برای بیمار را در نظر بگیرد. اصول مدرن گرفتن شرح حال و ثبت پرونده بیمار تابع مقررات Problem Oriented Medical Record یا POMR است.

POMR روش ثبت مدارک پزشکی بر اساس سیستم حل مسئله و مشکل بیمار است. در این روش، اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی و مشکلات بیمار براساس شیوه‌ای از پیش طراحی شده ثبت و ضبط می‌گردد. اطلاعات ثبت شده در POMR می‌تواند مورد تجزیه و تحلیل و پردازش قرار گرفته و مدیران و مسئولین بهداشتی درمانی را جهت برنامه‌ریزی و دسترسی به اطلاعات یاری رساند.^۱

۱- روش جمع‌آوری اطلاعات به روش POMR براساس سه رکن اصلی شکل گرفته است:
(۱) تهیه لیست مشکلات: این لیست شامل مشکلات پزشکی - اجتماعی فعال و غیر فعال بیمار است که به ویژه بر حول محور شکایت اصلی (CC) و تاریخچه آن تمرکز دارد.

در برگ شرح حال بیمار، مانند هر مدرک دیگر موجود در پرونده، در ابتدا اطلاعات فردی (Patient Profile) مثل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، محل تولد، شغل، محل سکونت و شماره پرونده مربوط به بیمار ذکر می‌شود و سپس براساس اصول POMR اجزای زیر به ترتیب بیان می‌شوند:

۱. شکایت اصلی (CC)^۱

شکایت اصلی بیمار، یعنی مهم‌ترین علت مراجعه فعلی بیمار، که در صورت امکان، بهتر است از کلمات و عبارات خود بیمار استفاده شده و ثبت شود. شکایت اصلی در واقع تعیین کننده جهت و خط مشی مراحل بعدی ویکی از نقاط تمرکز اقدامات درمانی است.

تذکر: در بعضی مواقع کلمات و یا عباراتی که بیمار به کار می‌برد، بیان کننده مفهومی واقعی شکایت اصلی او نیست؛ مثلاً بعضی از بیماران، درد سینه را به عنوان شکایت اصلی به کار می‌برند، این در حالی است که منظور این افراد سرفه‌های مکرری است که باعث درد در سینه آن‌ها می‌شود.

۲. تاریخچه بیماری فعلی (HPI)^۲

در واقع تاریخچه شکایت اصلی یعنی زمان و نحوه شروع شکایت اصلی، میزان یا شدت آن در شروع، علائم همراه آن، سیر شکایت اصلی تا زمان مراجعه، تغییرات شدت و میزان آن با

(۲) سابقه‌ی اطلاعاتی بیمار: این اطلاعات شامل اطلاعات غیر قابل تغییر و اطلاعات قابل تغییر می‌باشد؛ اطلاعات غیر قابل تغییر شامل: مشخصات هویتی فرد اعم از اسم، جنس، تاریخ تولد، سابقه‌ی واکسن و... است. اطلاعات قابل تغییر عبارتند از اطلاعات مربوط به شغل، آدرس، تاهل و... است.

(۳) خلاصه‌ی از سیر بیماری: این شاخه که به طور اختصار به نام SOAP معروف است شامل:

- S: مشاهدات ذهنی بیمار از بیماری و علائم خود (Subjective)
- O: مشاهدات پزشک براساس نشانه‌ها، معاینه و بررسی آزمایش‌های بیمار (Objective)
- A: تحلیل و درک پزشک از مشکل بیمار (Anallysis)
- P: برنامه درمانی برای بیمار که شامل اهداف، اعمال، مشاوره و... (Plan) می‌باشد.

^۱Chief Complaint

^۲History of Present Illness

روندهای فیزیولوژیک (مثل خواب و غذا خوردن) اقدامات درمانی و در نهایت وضعیت فعلی شکایت اصلی را بیان می‌کند.

۳. تاریخچه بیماری‌های قبلی (PMH)^۱

یا سوابق پزشکی قبلی بیمار که شامل وضعیت سلامتی عمومی بیمار در گذشته، بیماری‌های دوران کودکی و بلوغ، بیماری‌های روحی روانی، حوادث و آسیب‌ها، اعمال جراحی و بستری‌ها می‌شود. وضعیت سلامتی فعلی و تاریخچه دارویی اعم از مصرف مواد و داروهای مخدر و غیر مخدر (Current drug therapy, health status and or addiction)

وضعیت سلامتی فعلی بیمار که دربرگیرنده‌ی اطلاعات و سابقه‌ی وی در مورد حساسیت‌ها، واکنش‌ها، تغذیه، محیط زندگی و کار، برنامه‌های ورزشی، داروهای دریافتی (با یا بدون نسخه) استعمال دخانیات، الکل و... است. تاریخچه دارویی بیمار شامل چگونگی و نوع مصرف داروهای غیر رسمی و بدون تجویز پزشک نیز می‌شود؛ گاهی اوقات کسب اطلاع از مصرف این موارد نیاز به مهارت بالای پزشک دارد.

۴. سابقه حساسیت بیمار (HA)^۲

۵. سابقه فامیلی (F.H)^۳

یا تاریخچه خانوادگی بیمار که به وضعیت بیماری‌ها، بهداشت و سلامتی بستگان، به ویژه بستگان نزدیک مانند والدین، برادران و خواهران، فرزندان، همسر و دیگران می‌پردازد.

^۱Past Medical History

^۲History of Allergy

^۳Family History

۶. مرور سیستم‌های بدن (ROS)^۱

یا مروری بر سیستم‌هایی مثل سیستم قلبی - عروقی، تنفسی و... بیمار. در این قسمت به شکل منظم و از بالا به پایین شکایات بیمار از تمامی سیستم‌های بدن مورد پرسش و ارزیابی قرار می‌گیرد.

۷. معاینه‌ی فیزیکی (PE)^۲

پس از اخذ شرح حال کامل از بیمار، در این مرحله، پزشک، معاینات فیزیکی دقیقی را بر روی بیمار انجام می‌دهد. در واقع پزشک، تلاش می‌کند تا علایم مربوط به بیماری را کشف و ثبت کند؛ همراهی علایم و نشانه‌هایی که در معاینه فیزیکی به دست می‌آید با شرح حال، به پزشک در طراحی مسیر تشخیصی - درمانی بیمار، یاری می‌رساند.

۸. فهرست یافته‌ها (PL)^۳

در اینجا پزشک مجموع یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی موجود را ثبت می‌کند. این قسمت حاوی مجموعه اطلاعاتی است که روند تشخیص و درمان بیمار بر آن بنا شده است.

۹. تشخیص‌های افتراقی (DD)^۴

۱۰. تشخیص (D)^۵

^۱Review Of Systems

^۲Physical Examination

^۳Problem List

^۴Differential Diagnoses

^۵Diagnosis

نکات مهم

الف) برگ شرح حال باید به گونه‌ای (خوانا، دقیق و کامل) نوشته شود که هر فرد دیگری از تیم درمانی نیز با مطالعه‌ی آن بتواند کاملاً در جریان وضعیت بیمار، قرار بگیرد.

ب) معمولاً پرونده‌های پزشکی بیمارستان‌های آموزشی دارای دو نسخه از برگ شرح حال است که نسخه اول آن توسط کارورز و نسخه دوم توسط دستیار تکمیل می‌گردد.

ج) وظیفه اخذ و ثبت شرح حال به عهده‌ی پزشک معالج است و نگارش آن توسط کارورز و دستیار، توجیه کننده عدم ثبت از سوی پزشک معالج نمی‌باشد.

د: هرگونه اقدام تشخیصی یا درمانی که پزشک انجام می‌دهد و یا دستور انجام آن را صادر می‌کند، باید در برگ شرح حال یا سیر بیماری، شواهد و دلایل توجیه کننده آن بیان شده باشند.

در هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر یا از یک سرویس تخصصی به سرویس تخصصی دیگر، باید شرح حال جدید و مرتبط با وضعیت جدید بیمار، اخذ و ثبت گردد. در هنگام تغییر تیم درمانی مثل کارورز و دستیار، به جای شرح حال جدید، معمولاً تحویل دهنده، متنی به نام "off service note" و تحویل گیرنده، متنی به نام "on service note" می‌نویسند؛ این نوع خلاصه نویسی از وضعیت بیمار، از نظر شکل و محتوا تفاوت زیادی با شرح حال نداشته، فقط اطلاعات جدیدتر در سیر بیماری نیز به آن اضافه شده است.

تذکر: برگ شرح حال، برگ خلاصه پرونده و برگ روانشناسی موجود در پرونده‌های روانپزشکی با فرم‌های استاندارد موجود در پرونده بخش‌های دیگر متفاوت بوده و مخصوص بیماران بستری در بخش مذکور می‌باشد.

برگ شرح حال و معاینه بدنی
MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued):	معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):
Eyes: <input type="checkbox"/>	چشم: <input type="checkbox"/>
Nose: <input type="checkbox"/>	بینی: <input type="checkbox"/>
Mouth: <input type="checkbox"/>	دهان: <input type="checkbox"/>
Throat: <input type="checkbox"/>	گلو: <input type="checkbox"/>
Neck: <input type="checkbox"/>	گردن: <input type="checkbox"/>
Lymph Nodes: <input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی: <input type="checkbox"/>
Chest: <input type="checkbox"/>	قفسه سینه: <input type="checkbox"/>
Breast: <input type="checkbox"/>	پستان: <input type="checkbox"/>
Heart: <input type="checkbox"/>	قلب: <input type="checkbox"/>
Lung: <input type="checkbox"/>	ریه: <input type="checkbox"/>
Vessels: <input type="checkbox"/>	عروق: <input type="checkbox"/>
Abdomen: <input type="checkbox"/>	شکم: <input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر): <input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث): <input type="checkbox"/>
Rectum: <input type="checkbox"/>	مقعد: <input type="checkbox"/>
Nervous System: <input type="checkbox"/>	اعصاب: <input type="checkbox"/>
Extremities: <input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی): <input type="checkbox"/>
Bones-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>	استخوان، مفاصل، عضلات: <input type="checkbox"/>
توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت <input checked="" type="checkbox"/> مشخص گردد. NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with <input checked="" type="checkbox"/>	
SUMMARY:	خلاصه:
Primary DX:	تشخیص اولیه:
Signature of Examining Physician:	امضاء پزشک معاینه کننده:

تصویر ۴: برگ شرح حال

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی
Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی

شماره پرونده: **Unit No:**

برگ شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION 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 Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

شکایت اصلی بیمار: _____

تاریخچه بیماری فعلی: _____

تاریخچه بیماریهای قبلی: _____

داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات: _____

حساسیت به: _____

سوابق خانوادگی: _____

معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

Skin: پوست:

SKull: جمجمه:

Ear: گوش:

Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید .

طرح استاندارد‌سازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور 100/7

برگ شرح حال و معاینه بدنی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
 دانشگاه علوم پزشکی: **University of Medical Science:**
 مرکز پزشکی آموزشی درمانی: **Medical Center:**

شماره پرونده: **Unit No:**

پرک شرح حال و معاینه بدنی
MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION 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 Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

شکایت اصلی بیمار: Chief Complaint: _____

تاریخچه بیماری فعلی: History of Present Illness: بیمار جهت دیابت نوعی در بیمارستان بستری شده است.

تاریخچه بیماریهای قبلی: Past Diseases History: _____

داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات: Current Drug Therapy & Other Addiction: _____

حساسیت به: Allergy to: _____

سوابق قلمبلی: Family History: _____

معاینات بدنی و بررسی های بالینی: Physical & Clinical Examination:

Skin: پوست:

SKull: جمجمه:

Ear: گوش:

Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

به نمونه برگ شرح حال‌های پر شده‌ی زیر توجه کنید:

برگ شرح حال و معاینه بدنی				Unit No: []
MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET				
Attending Physician: []	پزشک معالج: []	Name: []	نام: []	Family Member: []
Date of Admission: []	تاریخ پذیرش: []	Room: []	اتاق: []	Date of Birth: []
	۸۸ / ۱۱ / ۱۳	Be: []	تخت: []	Father: []
Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار: PP - ۶۰ ساله - اهل تهران - سریم - شادروز				
CC: زخم یا				
History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی: بیمار Case شناخته شده‌ی DM از ۱۰ سال قبل تحت درمان با Ins از ۱۰ سال قبل uncontrolled بوده و در ۳ ماه اخیر زخم‌های پوستی با مرکز (شکل گتتی بیمار) در زخم در Right foot شده‌اند. در پای راست زخمی (skin ulcer) در پای چپ زخمی (skin ulcer) است. زخم با اسهال صورت گلوله در صورت خود باز شده است و در شش فعال ندارد.				
Past Diseases History: تاریخچه بیماری‌های قبلی: DM (دیابت)				
PMH: DOE - IHD - HLP - HTN				
Current Drug Therapy & Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات: Insulin (دوا در این فرم داند) DH				
Allergy to: حساسیت به: ROS و Ph. G				
BP: 120/70 PR: 80 RR: 13 T: 36.5				
Family History: سوابق قایلی: ضایعات vitiligo، روز بروز صورت بیمار سفید است. TYP. هیچ تک S ₁ , S ₂ , S ₃ در S ₁ در apex و				
Physical & Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی های بالینی:				
Skin: <input type="checkbox"/>	پوست: <input type="checkbox"/>	[]		
SKull: <input type="checkbox"/>	جمجمه: <input type="checkbox"/>	[]		
Ear: <input type="checkbox"/>	گوش: <input type="checkbox"/>	[]		
Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.				
↓ ↓ ↓				
نسخ استاندارد سازی و پیوسته نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰ / ۲				
برگ شرح حال و معاینه بدنی				

برگه شرح حال و معاینه بدنی
MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued): معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):

Eyes: <input type="checkbox"/>	چشم:	<input type="checkbox"/>
Nose: <input type="checkbox"/>	بینی:	<input type="checkbox"/>
Mouth: <input type="checkbox"/>	دهان:	<input type="checkbox"/>
Throat: <input type="checkbox"/>	گلو:	<input type="checkbox"/>
Neck: <input type="checkbox"/>	گردن:	<input type="checkbox"/>
Lymph Nodes: <input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی:	<input type="checkbox"/>
Chest: <input type="checkbox"/>	قفسه سینه:	<input type="checkbox"/>
Breast: <input type="checkbox"/>	پستان:	<input type="checkbox"/>
Heart: <input type="checkbox"/>	قلب:	<input type="checkbox"/>
Lung: <input type="checkbox"/>	ریه:	<input type="checkbox"/>
Vessels: <input type="checkbox"/>	عروق:	<input type="checkbox"/>
Abdomen: <input type="checkbox"/>	شکم:	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر):	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مؤنث):	<input type="checkbox"/>
Rectum: <input type="checkbox"/>	مقعد:	<input type="checkbox"/>
Nervous System: <input type="checkbox"/>	اعصاب:	<input type="checkbox"/>
Extremities: <input type="checkbox"/>	اندامها (فوقانی، تحتانی):	<input type="checkbox"/>
Bones-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>	استخوان، مفاصل، عضلات:	<input type="checkbox"/>

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگامهای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت مشخص گردد.
NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with

SUMMARY: خلاصه:

Primary DX: تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician: امضاء پزشک معاینه کننده:

در فرم شرح حال تکمیل شده‌ی فوق نواقص زیر مشاهده می‌گردد:

۱. نام دانشگاه و مرکز درمانی قید نشده است.
 ۲. در این فرم اطلاعات فردی، شماره‌ی پرونده، پزشک معالج و تاریخ پذیرش ثبت نشده است.
 ۳. شرح حال، اقدامات تشخیصی درمانی و نتایج معاینات قید نشده است.
- این شرح حال که نسبتاً کامل نوشته شده است را با شرح حال قبلی مقایسه کنید.

۳- برگ دستورات پزشک (Physician orders sheet)

در این برگ کلیه دستورات پزشک معالج در هر بار ویزیت بیمار، با ذکر تاریخ و ساعت ویزیت درج می‌شوند.

پزشک در هر بار ویزیت بیمار، باید دستورات خود، اعم از درخواست آزمایش، اضافه یا حذف داروی خاص، تغییر رژیم غذایی، نحوه مراقبت از بیمار و ... را در این برگ ثبت نموده و در نهایت با امضاء و مهر خود آن را تأیید کند.

معمولاً مواردی که در این قسمت به عنوان orders ثبت می‌شوند شامل نکات زیر هستند:

۱. وضعیت بیمار و تخت (Patient and bed position)
۲. میزان فعالیت مجاز و مناسب بیمار (Activity)
۳. رژیم غذایی بیمار: بطور مثال تغذیه پر پروتئین، کم چرب، دیابتی، NPO^۱ و ...
۴. مراقبت‌های تنفسی مانند تحریک به سرفه، ساکشن ترشحات حلق، فیزیوتراپی تنفسی و ...
۵. مراقبت‌های مربوط به زخم شامل تعویض پانسمان، دبریدمان روزانه و ...
۶. مراقبت‌های مربوط به سوند ادراری، لوله تراشه، NGT^۲ و ...
۶. نحوه مایع درمانی وریدی
۷. داروهای تجویز شده برای بیمار: با ذکر نام کامل دارو، دوز دارو، شکل دارویی (در صورت اهمیت) و تعداد دفعات یا زمان استفاده در روز (بهبتر است حتی در مراکز که دستورات پزشکی به زبان فارسی نوشته می‌شود دوز داروها به حروف لاتین و با فونت کلاسیک نوشته شود تا امکان خطا کاهش یابد).
۸. درخواست اقدامات پاراکلینیک: شامل آزمایش‌های درخواستی، رادیولوژی و ...

^۱NPO: Nil Per Os

این عبارت به معنای عدم مصرف مواد غذایی و آب از طریق دهان می‌باشد. NPO در انگلستان با Nothing the mouth مشخص می‌گردد.

^۲NGT: Nasogastric Tube

یکی از نکات مهم در تکمیل برگ دستورات پزشک صحیح و خوانا بودن دستورات نوشته شده توسط پزشک است، به ویژه در مورد داروها، خوانا بودن نام دارو و دوز آن، اهمیت بسیاری دارد. نکته مهم دیگر، توالی صحیح تاریخی و زمانی صفحات مختلف دستورات است. در بیمارستان‌های آموزشی اطلاعات این برگ (برگ دستورات پزشک) عمدتاً توسط اینترن و دستیار مربوطه نوشته شده و توسط پزشک معالج (اتند) تأیید می‌شود. در مورد زمان مصرف داروها معمولاً از اختصار استفاده می‌شود؛ در این صورت، اگر از نظر شما تعداد دفعات مصرف دارو اهمیت بالینی دارد ولی زمان و یا فاصله زمانی تجویز آن دارو مهم نیست، می‌توانید از اصطلاح مربوطه استفاده کنید؛ مثلاً برای دو بار در روز BID و برای سه بار در روز TDS بکار ببرید. در صورتی که زمان و فاصله زمانی تجویز آن دارو مهم است باید به شکل مناسبی ذکر گردد؛ مثلاً هر ۱۲ ساعت یا Q12h، هر ۸ ساعت یا Q8h، هنگام خواب یا bedtime، قبل از نهار و بهتر است نحوه مصرف داروها نیز در صورت اهمیت، در این بخش بیان گردد؛ بعنوان مثال همراه غذا، با معده خالی، با مایعات فراوان و اینک به یک نمونه برگ دستورات پزشک و توضیحات آن توجه کنید:

۴. مهر پزشک در محل خود نیست و در قسمت دستورات است. مهر پرستار نیز در محل خود نیست و در قسمت دستورات زده شده است.

تذکره: یکی از مواردی که بطور روز افزون در رابطه‌ی کاری بین پزشکان و پرستاران مشاهده می‌شود دستورات تلفنی پزشک معالج است. برخی مراکز قسمتی از خدمات خود را بر مبنای تماس تلفنی با پزشکان آنکال و کسب دستور از آنان تعریف کرده‌اند. سیاست کشورها و بیمارستان‌های مختلف در برخورد با این دستورات متفاوت است؛ ولی بطور کلی اگر تمامی موارد زیر رعایت شود، دستورات تلفنی مثل دستورات کتبی، معتبر و لازم الاجرا خواهند بود:

۱. اگر تماس گیرنده و دستوردهنده یکدیگر را بشناسند و به ارائه و ثبت صحیح اطلاعات و دستورات، اطمینان داشته باشند.

۲. هر یک از طرفین بتوانند از نظر اداری تماس با دیگری را تأیید نمایند.

۳. تماس گیرنده جزئیات تماس و متن دستورات ارائه شده را با ذکر ساعت و تاریخ در محل مناسب (مثل برگ دستورات پزشک) ثبت نماید.

برای حفاظت از حقوق دستور دهنده، تماس گیرنده و بیمار، در مواردی که شرایط پیچیده بوده و یا بیماری وخیم است، باید دستوردهنده در اولین فرصت ممکن، دستورات تلفنی را با مهر و امضای خود مورد تأیید قرار دهد. در مورد مشاوره‌های تلفنی نیز موارد فوق صادق است، اما در این مورد نیز پیش شرط اولیه، تأیید شناسائی فردی است که مورد مشاوره قرار گرفته است.

۴- برگ سیر بیماری Progress note

پزشک هر روز، در ویزیت‌های انجام شده به بررسی بیمار از نظر علائم بیماری (تشدید یا تخفیف آنها) اثر درمان بر روی بیمار، شرایط بیمار در هر روز و ... پرداخته و بر اساس آن Plan درمانی خود را برنامه‌ریزی می‌کند. در واقع در ویزیت‌های روزانه، پزشک مجدداً بیمار را ارزیابی نموده و نتایج آن را در برگ پیشرفت سیر درمانی، ثبت می‌کند. برای تسهیل در تکمیل این

برگ معمولاً از مدل SOAP (Subjective, Objective, Assessment and Plan) استفاده می‌شود. در مدل SOAP، پزشک ضمن توجه به شکایات و وضعیت بیمار، با انجام معاینات روزانه، علایم قدیم، جدید و تغییرات آن را مورد بررسی قرار داده و با مد نظر قرار دادن جواب آزمایش‌ها و... نسبت به ادامه و یا تغییر روند درمانی بیمار، اقدام می‌کند. همانطور که قبلاً نیز ذکر شد، سیر بیماری براساس مدل SOAP تنظیم می‌شود؛ این مدل از چهار جزء تشکیل شده که عبارتند از:

Subjective. ۱

در این قسمت شرایط بیمار و احساسات وی (Symptoms) راجع به بیماریش ثبت می‌شود. در واقع پزشک مجدداً همه‌ی و شکایات بیمار را مورد بررسی قرار داده سیر بیماری وی را بررسی نموده و میزان بهبود و یا پیشرفت آنها را یادداشت می‌کند؛ همچنین اگر شکایات جدیدی نیز برای بیمار ایجاد شده باشند، پزشک نسبت به ثبت آنها اقدام می‌کند.

Objective. ۲

پزشک هر روز به معاینه‌ی مجدد بیمار (و مشکلات) وی پرداخته و هرگونه تغییری را که نسبت به یافته‌های قبلی (signs) مشاهده می‌کند، در این قسمت ثبت می‌کند. همچنین باید وضعیت جذب و دفع مایعات بدن و جواب آزمایش‌های درخواستی برای بیمار نیز در این قسمت ذکر شود.

Assessment. ۳

پزشک با توجه به یافته‌های فوق وضعیت بیمار را به طور کلی ارزیابی نموده و در نهایت، نظر کلی خود را راجع به سیر بیماری و بیمار بیان می‌کند.

Plan . ۴

پزشک معالج، با توجه به ارزیابی‌های انجام شده، برنامه‌جامع درمانی خود را در این قسمت ذکر می‌کند و مشخص می‌کند که آیا نیاز به تغییری در روند درمان بیمار هست یا خیر؟ آیا

آزمایش‌های جدید و یا داروهای جدیدی لازم است یا خیر؟ در واقع با توجه به وضعیت بیمار، پزشک در این قسمت تصمیم‌گیری خود را راجع به طرح درمانی بیمار، اظهار می‌کند. برگ سیر بیماری در بیمارستان‌های آموزشی معمولاً توسط اینترن و دستیار مسئول بیمار تکمیل می‌شود. در این برگ علاوه بر نوشتن سیر بیماری، On and off service notes نیز نوشته می‌شوند. منظور از On service note یادداشت اینترن و دستیار مسئول بیمار، در هنگام به عهده گرفتن مسئولیت بیمار است. در واقع اینترن و یا دستیار باید در اولین روز تحویل گرفتن بیمار، خلاصه‌ای از وضعیت بیمار، آزمایش‌ها و اقدامات انجام شده برای بیمار را ذکر کند. با این کار اینترن و یا دستیار به خود و تیم درمانی خود در جهت مدیریت و درمان بهتر بیماری، کمک می‌کند.

Off service note نیز نوشته‌ای است که اینترن و یا دستیار مسئول بیمار، در آخرین روز قبل از تحویل دادن بیمار برای سایر همکاران یادداشت می‌کنند. در Off service note اطلاعات کاملی راجع به سیر درمانی بیمار، وضعیت وی و نکات مهم در مراقبت از بیمار عنوان می‌شود تا پزشک بعدی بتواند کاملاً در جریان وضعیت بیمار قرار بگیرد.

در مواردی که بیمار در بیمارستان فوت می‌کند، لازم است تمامی اطلاعات بالینی بیمار، در زمان نزدیک به فوت با ذکر ساعت دقیق آن در این قسمت نوشته شود. اگر برای بیمار عملیات احیا انجام شده، پزشک احیا کننده باید پس از اتمام عملیات احیا سیر آن را از لحظه مطلع شدن تا زمان حضور خود بر بالین بیمار، زمان حضور سایر افراد، اقدامات انجام گرفته و داروهای مهم مصرف شده در طی عملیات احیاء، مشکلات سازمانی یا مدیریتی و حتی پرستاری پیش آمده و نتیجه‌ی عملیات احیاء را در این قسمت ثبت کند. در صورت عدم انجام عملیات احیاء باید دلیل عدم اجرای آن در اینجا ذکر شود. اکیداً توصیه می‌کنیم بلافاصله پس از فوت بیمار و ثبت آن در پرونده، پزشک معالج تمامی برگ‌های موجود در پرونده را از ابتدا تا آخر شماره‌گذاری کرده و در پایان گزارش فوت (در برگ سیر بیماری) تعداد صفحات پرونده را قید نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:
Medical Center: مرکز پزشکی آموزش درمانی:

شماره پرونده: Unit No:

پروگ سیر بیماری
PROGRESS NOTES 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 Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

اعضاء پزشک Signature of Physician	پیشرفت معالجات Treatment Progress	تاریخ Date

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور | ۱۰۰

پروگ سیر بیماری

تصویر ۶: پروگ سیر بیماری

به برگ سیر بیماری زیر که نسبتاً خوب نوشته شده است توجه کنید:

Unit Number: شماره پرونده:		Unit Number: شماره پرونده:	
پروگ سیر بیماری PROGRESSNOTES			
Attending Physician : پزشک معالج	Ward : بخش	Nam : نام	Famli : نام خانوادگی
Date of Admission : تاریخ پذیرش	Room : اتاق	Date : تاریخ نو	Fath : نام پدر
امضاء پزشک Sign of Physician	پیشرفت معالجات Treatment Progresses		تاریخ Date
	بیمار آقای ۳۶ ساله، known case of dm، از ۸ سال قبل تحت درمان داروی خردالی بوده و از ۳ هفته پیش انسولین مصرف می کند در علت تشدید رژیم یاری دریافتی مراجعه کرده است. رژیم در mod malnutrition و صبح های چسبیده بوده در سه هفته پیش ایجاد رسوب ابتدا به صورت پودر بوده سپس ulceration ایجاد شده است. ۱۰x5cm غیر از این رژیم رژیم ای دیگر روی پروتئین ایجاد شده در آنجا نیز به همین صورت بوده است. بهارن بعد از یک هفته در بیمارستان در بیمارستان دانسته است و ۲ هفته پیش مرخص گردیده است. در حال حاضر وضعیت رژیم به نسبتاً ندره است و دارای مشکلات بدون بوی بارنگر.		۱۱/۱۳/۸۸ ۸۵
	BP: 110/70 PR: 72 T: 37.1 oral برودهای بیمار ۲+، +2 Pitting دارد. سینه قلب: S1، S2، S3، سینه، NL سینه ریه: clear است، JVP، تپشها نواردار شعبه ای در میان پروتئین ملول است، بای چسب تشعری بر کراتین		
	Bun: 18 wBC: 7800 CrT: 0.9 Hb: 10 pH: 4.8 PT: 40-1		
	LFT: NL plan: گتسو و پارلمان نوزانه B5: 119 @ در میان و AB ترمیم @ اسهال به خشخاش غدد @ کنترل رژیم کند		
دکتر وزارت داخلی	دکتر وزارت داخلی		

۱۰۰
۱۰۰
۱۰۰

۵- گزارش پرستار

این برگ در واقع گزارشی از اقدامات دارویی و درمانی که توسط پرسنل پرستاری انجام گرفته است را نشان می‌دهد. در واقع پرستاران پس از اجرای دستورات نوشته شده در برگ دستورات پزشک، گزارش فعالیت خود را در این محل ثبت می‌کنند؛ همچنین در این برگ مشاهدات پرستاران در حین مراقبت از بیماران، عنوان می‌شود و در صورتی که برای هر بیمار در بخش وضعیت خاصی پیش بیاید، پرستار بخش موظف است گزارش آن با ذکر ساعت وقوع اتفاق، زمان اطلاع به پزشک مربوطه و زمان حضور وی بر بالین بیمار را در این قسمت بیان کند. مهم‌ترین هدف از ثبت این برگ، استفاده از آن به عنوان مدرکی است که نشان می‌دهد در مراحل مختلف، چه کارهایی برای بیمار (توسط پرستار) انجام گرفته است.

با توجه به اینکه مراجع قانونی و قضایی هنگام رسیدگی به پرونده‌ی بیماران، فقط اوراق مکتوب را به عنوان سند و مدرک قبول کرده و مورد بررسی قرار می‌دهند، اکیداً توصیه می‌گردد، پرستاران محترم نسبت به مکتوب کردن اعمالی که برای بیمار انجام داده‌اند، اقدام فرمایند.

همکاران محترم به این نکته توجه کنند که اگر دستور پزشک را انجام دهند، ولی گزارش آن را یادداشت نکنند، به مثابه این است که آن کار را انجام نداده‌اند؛ به عبارت دیگر ثبت با سند برابر است. در صورتی که دستور پزشک به صورت شفاهی و یا تلفنی صادر شود، پرستار باید پس از انجام آن دستور، زمان و چگونگی صدور دستور (شفاهی یا تلفنی) را در برگ دستورات پزشک و گزارش پرستاری یادداشت کرده و آن را با قید ساعت و تاریخ تایید نماید.

بدیهی است به محض ورود پزشک به بخش، باید از پزشک بخواهد، در اولین فرصت

دستورات فوق را با مهر و امضا، به تایید خود برساند.

در اینجا یک برگ گزارش پرستاری و تذکرات آن ارایه می‌گردد.

برگ گزارش پرستار
NURSES NOTE

شماره پرونده : []

Date of Admission : تاریخ پذیرش		Ward : بخش	Name : نام	Fat : نام خانوادگی
Attending Physician : پزشک معالج		Room : اتاق	Date of Birth : تاریخ تولد	Father's Name : نام پدر
Bed : تخت				
مشاهدات، نظرات، امضاء پرستار Observation & Consideration & Sing of Nurses	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت Time	تاریخ Date	
تاریخ پذیرش : ۴ مرداد ۱۳۸۰ درمان : ۶ ساعت انسولین باقی‌مانده ۰۱۳ و دریافت یای خود درختن بستری شد. و برت بر توان جهت CBC, Urea, Na, K, AST, ALT درست. پای بیمار با ۲ لیتر سرم ششتر و بانسلین درست.	INS NPH 6 ^u sc stat INS Reg 4 ^u sc stat Tab metformin 2 po	13 13 12	۸/۱۱ ۰	

همانطور که ملاحظه می‌کنید، این گزارش پرستاری:

- مخدوش است.
- زیر گزارش بسته نشده است.

۳. اقدامات انجام شده بدون شماره نگاشته شده است.
 ۴. ساعت استفاده از داروها به ترتیب ساعات شبانه روز نیست.
 ۵. در گزارش جای خالی دیده می‌شود.
- در مقابل به گزارش پرستاری زیر که اصول صحیح گزارش نویسی در آن رعایت شده است توجه کنید:

برگه گزارش پرستار NURSE'S NOTE SHEET				شماره پرونده: _____
Attending Physician: _____ پزشک معالج: _____	Ward: _____ بخش: _____	Name: _____ نام: _____	Family Name: _____ نام خانوادگی: _____	
Date of Admission: _____ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۱۳	Room: _____ اتاق: _____	Date of Birth: _____ تاریخ تولد: _____	Father Name: _____ نام پدر: _____	
Bed: _____ تخت: _____				
مشاهدات، نظرات و امضاء پرستار Observation & Signature of Nurse	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت Time	تاریخ Date	
<p>با تغییر mT در بخش ICU در حال حاضر بیمار خانم در وضعیت نارسایی تنفسی و قلبی در حال بهبود است. در وقت پذیرش بیمار در بخش ICU در حال حاضر در وضعیت نارسایی تنفسی و قلبی در حال بهبود است.</p> <p>1. scr ۱۴۵ ۵۰۰ ۶ → ۱۲</p> <p>2. Amp Heparin ۱۰۰۰۰ + ۱۰۰۰۰۰ ۵۰۰۰ ۱۰</p> <p>3. Amp Keflin ۱۹۰۰ + ۱۰۰۰ ۱۰</p> <p>4. Amp morphin ۳۰۰ ۱۰</p> <p>5. Amp pactoral ۴۰۰۰ + ۲۰۰۰ ۱۰</p> <p>6. Amp Cefotaxim ۸۰۰۰ ۱۰</p> <p>کارشناس پرستاری نظام پرستاری</p>	<p>1. scr ۱۴۵ ۵۰۰ ۶ → ۱۲</p> <p>2. Amp Heparin ۱۰۰۰۰ + ۱۰۰۰۰۰ ۵۰۰۰ ۱۰</p> <p>3. Amp Keflin ۱۹۰۰ + ۱۰۰۰ ۱۰</p> <p>4. Amp morphin ۳۰۰ ۱۰</p> <p>5. Amp pactoral ۴۰۰۰ + ۲۰۰۰ ۱۰</p> <p>6. Amp Cefotaxim ۸۰۰۰ ۱۰</p>	<p>۱۰</p> <p>۱۰</p> <p>۱۰</p> <p>۱۰</p> <p>۱۰</p>	<p>۸۹ - ۶ - ۱۳</p> <p>D</p>	
<p>برگه گزارش پرستار</p>				

۶- برگ درخواست مشاوره

هنگامی که پزشک معالج بیمار در سیر درمان بیمار خود نیاز به مشاوره با همکاران متخصص دیگر را داشته باشد، با تکمیل برگ درخواست مشاوره، از همکار مورد نظر خود می‌خواهد که بیمار را معاینه نموده و نظر تخصصی خود را راجع به بیماری وی بیان کند. این برگ حاوی اطلاعات مربوط به بیمار، نام پزشک درخواست کننده، نام پزشک یا سرویس مورد نظر برای مشاوره و زمان درخواست مشاوره بوده و پزشک معالج تشخیص اولیه بیمار و خلاصه‌ای از روند بیماری و اقدامات درمانی انجام شده را به دقت برای پزشک مشاور تکمیل می‌نماید؛ در نهایت پزشک معالج درخواست یا سوال خود را از پزشک یا سرویس مورد مشاوره بیان می‌کند.

قسمت دوم این برگ مربوط به نظر تخصصی فرد مورد مشاوره است؛ پزشک یا سرویس مشاور، پس از معاینه بیمار و بررسی پرونده وی، در نهایت جواب مشاوره را در زیر آن نوشته و نظرات خود را راجع به بیمار مطرح می‌نماید.

نکات مهم

۱. اگر درخواست کننده سوال یا هدف اصلی از مشاوره را قید نکند ممکن است پزشک مشاور قادر به پاسخ گوئی صحیح به مشاوره نباشد؛ بنابراین، پزشک معالج، باید صریحاً سؤال یا هدف اصلی خود را در برگ درخواست مشاوره قید نماید.

۲. مسئولیت تصمیم در مورد اجرا یا عدم اجرای دستورات پزشک مشاور، به عهده‌ی پزشک معالج مسئول بیمار است (مگر اینکه پزشک معالج قبلاً بطور کتبی اجرای دستورات پزشک مشاور را از سرویس پرستاری درخواست کرده باشد).

۳. اگر پزشک مشاور درخواست انتقال بیمار به سرویس خود را داشته باشد، پس از موافقت پزشک معالج مسئول، این انتقال قابل انجام است، ولی تا قبل از رسیدن بیمار به سرویس جدید، مسئولیت مراقبت از وی با سرویس قبلی است.

۴. درخواست مشاوره اورژانسی براساس وضعیت بالینی بیمار تعیین می‌گردد نه شرایط پزشک معالج مثلاً گرفتاری‌های شخصی پزشک معالج و...

بیمارستان‌ها از نظر زمان انجام مشاوره‌های اورژانسی (و غیراورژانسی) سیاست‌های متفاوتی را دنبال می‌کنند؛ لیکن در شرایط عادی، مشاوره‌ی اورژانسی باید در همان زمان درخواست و یا کمترین فاصله زمانی ممکن صورت گیرد؛ این در حالی است که امکان انجام مشاوره‌های غیراورژانسی در روزهای بعد نیز وجود دارد.

به یک برگ مشاوره و موارد تذکر داده شده در این خصوص توجه کنید.

۱. شرح حال بیمار کامل نیست.

۲. اقدامات انجام شده برای بیمار مشخص نشده است.

۳. هدف از مشاوره معلوم نیست.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:
Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ درخواست مشاوره
CONSULTATION REQUEST SHEET

Unit No: شماره پرونده:

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 Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
Date of Request: تاریخ درخواست:	Time: ساعت درخواست:	Consultation Requested With: درخواست مشاوره با:	
Kind of Consultation: نوع مشاوره:	Non emergency <input type="checkbox"/> غیراورژانس Emergency <input type="checkbox"/> اورژانس	Requestive Physician: نام پزشک درخواست کننده:	
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:			
Subject of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:			
Consultant Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها):			
Date: تاریخ:	Consultant Physician Name & Signature:		نام پزشک مشاور و امضا:

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۳۹۹

برگ درخواست مشاوره

تصویر ۸: برگ درخواست مشاوره

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
مرکز آموزشی درمانی

شماره پرونده:		تاریخ درخواست مشاوره:	
نام خانوادگی:	نام:	پزشک:	تاریخ درخواست مشاوره:
نام پدر:	سینه:	تخصص:	ساعت درخواست:
نام سرویس درخواست کننده:		نوع مشاوره: <input type="checkbox"/> سرپوششی <input type="checkbox"/> غیر سرپوششی	
نام سرویس مورد مشاوره:		تخصص اولیه:	
مشتری از شرح حال و تاریخ مهم یافته‌های بالینی و پاراکلینی و اقدامات انجام شده برای بیمار:			
<p>بیمار ۶۵ ساله، مرد، با سابقه بیماری قلبی، دیابت، B.I.D. در حال بستری است. بیمار به دلیل مشکلات تنفسی و کاهش سطح اشباع اکسیژن، نیاز به مراقبت‌های ویژه دارد. بیمار در حال حاضر در بخش بستری است و تحت نظر تیم درمان قرار دارد.</p>			
<p>حالت درخواست مشاوره: <input type="checkbox"/> مشاوره در تشخیص <input type="checkbox"/> نیاز بیمار به درمان یا روشی خارج از تخصص پزشک معالج <input type="checkbox"/> سایر موارد یا ذکر مورد</p> <p>مهر و امضای پزشک درخواست کننده:</p>			
<p>مشاورت و نظرات پزشک مشاور (خاصه نظرات تشخیصی و توصیه‌ها):</p> <p>بیمار نیاز به مراقبت‌های ویژه دارد. ادامه درمان با داروهای تجویز شده و نظارت دقیق بر پارامترهای حیاتی ضروری است. در صورت نیاز، همکاری با سایر تخصص‌ها ضروری خواهد بود.</p>			
<p>مشاوره با حضور پزشک درخواست کننده: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p>تاریخ انجام مشاوره: ساعت انجام مشاوره:</p> <p>مهر و امضای پزشک مشاور:</p>			

۷- برگ مشاوره بیهوشی و برگ بیهوشی

در صورتی که بیمار نیاز به عمل جراحی پیدا کرد، قبل از انجام عمل جراحی، باید یک متخصص یا دستیار بیهوشی بیمار را ویزیت کند. پزشک متخصص بیهوشی باید بیمار را از نظر وضعیت عمومی، آزمایش‌ها و سابقه بیماری و نوع عمل جراحی بررسی نموده و حاصل این بررسی‌ها را در برگ مشاوره بیهوشی عنوان نماید؛ همچنین وی می‌تواند در قسمت دستورات بیهوشی موارد درخواستی مورد نیاز، مانند آزمایش‌ها، مشاوره، رادیولوژی و ... را ذکر نماید.

برگ بیهوشی Anesthetic Record sheet

برگ دیگری است که توسط متخصص بیهوشی در اطاق عمل تکمیل می‌شود. در این برگ متخصص بیهوشی، اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار در هنگام شروع بیهوشی، نوع بیهوشی و داروهای مورد استفاده، شرایط بیمار در حین بیهوشی، مدت بیهوشی و وضع بیمار در خاتمه بیهوشی را ثبت می‌کند.

همچنین در این برگ ضمن ارایه‌ی گزارش کاملی از مدت زمان بیهوشی، باید مقدار و نوع داروی بیهوشی استفاده شده برای بیمار با ذکر ساعت آن عنوان شود. تعداد کسانی که مسئول بیهوش کردن بیمار هستند، تکنیک بیهوشی، مایعات دریافتی و مدت زمان دریافت داروها باید ذکر شود. علائم حیاتی بیمار نیز باید به طور مکرر اندازه‌گیری و ثبت شود. این برگ شامل قسمت‌های زیر است که به ذکر مختصری در مورد آنها بسنده می‌کنیم:

الف) قسمتی که مربوط به مشخصات هویتی بیمار است؛ این قسمت همانند برگ‌های دیگر پرونده، در کادر بالای برگ تعبیه شده است.

ب) تشخیص قبل از عمل: تشخیص قبل از عمل همان تشخیص اولیه‌ای است که پزشک معالج برای بیمار ثبت کرده است.

ج) عمل جراحی پیشنهاد شده: نوع عملی است که قرار است برای بیمار صورت گیرد.

د) داروهای قبل از بیهوشی: منظور داروهایی است که در یک ساعت قبل از عمل، برای آرام‌سازی بیمار استفاده می‌گردد.

ه) نوع بیهوشی: اعم از بیهوشی کامل یا عمومی (مثلاً بیهوشی برای اعمالی که روی قلب و احشا شکمی انجام می‌شود) و یا بیهوشی ناکامل (که به آن بی‌حسی منطقه‌ای یا موضعی نیز می‌گویند).

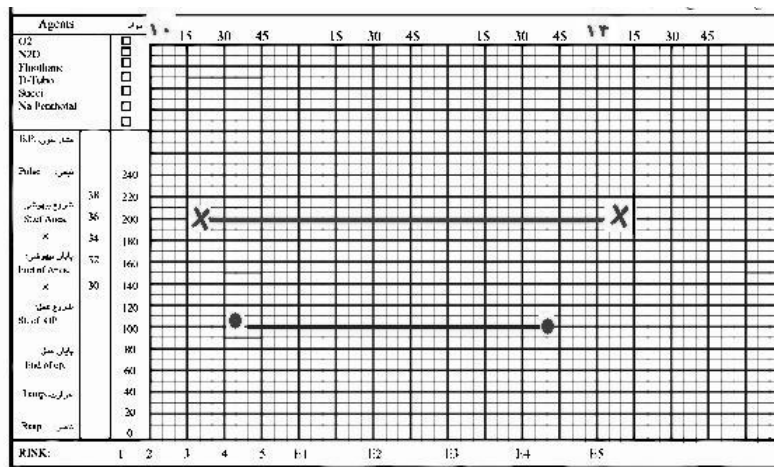
ی) تکنیک بیهوشی: روش‌های بیهوشی گوناگون است ولی روند کلی آن‌ها به این صورت است که برای شروع بیهوشی ابتدا به بیمار یک داروی خواب‌آور تزریق کرده و پس از به خواب رفتن بیمار، جهت ادامه بیهوشی، از گاز بیهوشی (مثلاً N_2O) استفاده می‌کنند. لازم به ذکر است که تکنیک‌های بیهوشی دارای انواع متفاوتی است، ولی به دلیل این که توضیح مطالب فوق در راستای اهداف این کتاب نمی‌گنجد، از بیان تکنیک‌ها و جزئیات آن خودداری شده است.

و) وضع بیمار در شروع بیهوشی: در این قسمت کلیه‌ی مشکلات و سوابق پزشکی بیمار (مثل فشارخون، ناراحتی قلبی، ریوی، کلیوی، صرع، سابقه‌ی سکته‌ی قلبی - مغزی، ضربه مغزی، شوک و...) باید نوشته شود. این اطلاعات میزان خطر بیهوشی را مشخص می‌کند. در این قسمت، موادی مثل اکسیژن (O_2) اکسید نیترو (N_2O) و... که در طول عمل، برای بیهوشی بیمار مورد استفاده قرار گرفته است را مشخص می‌کنند.

در ردیف اول صفحه‌ی مدرج، زمان به قسمت‌های ۱۵ دقیقه‌ای تقسیم شده و زیر آن محل وارد کردن درجات و مقادیر علائم حیاتی که در شروع بیهوشی و حین عمل از بیمار اندازه‌گیری شده مشخص می‌گردد، این اندازه‌ها شامل میزان حرارت بدن (Temperature) تعداد تنفس (Respiratory Rate) مقدار فشارخون (Blood Pressure) و تعداد نبض (Puls Rate) می‌باشد؛ میزان حرارت بدن را با علامت \blacktriangle ، تنفس را با O و تعداد نبض و تنفس را با اعداد به دست آمده روی صفحه‌ی مدرج نشان می‌دهند.

شروع بیهوشی St.An = Start Anesthesia و خاتمه بیهوشی یا End.An= End of Anesthesia را در جدول راهنما با علامت «X» و شروع عمل یا St.OP= Start Operation و خاتمه‌ی عمل یا End.Op= End of Operation را با «●» نشان می‌دهند.

بنابراین اگر به عنوان مثال در ساعت ۱۰/۲۰ دقیقه بیمار بیهوش گردیده، در ساعت ۱۰/۳۵ عمل او شروع شده، در ساعت ۱۲/۴۰ عمل وی تمام شده و در ساعت ۱۳/۱۰ بیمار به هوش آمده باشد، در زیر ساعت ۱۰/۲۰ و ۱۳/۱۰ علامت «X» و در زیر ساعت ۱۰/۳۵ و ۱۲/۴۰ علامت «●» گذاشته می‌شود.



فشار سیستول یا ماکسیمم را با علامت «V» و فشار خون مینیمم یا دیاستول را با علامت «» مشخص می‌کنند. مثلاً اگر در ساعت ۱۰/۴۰ دقیقه فشارخون بیمار ۱۶۰ روی ۸۰ بوده زیر ساعت ۱۰/۴۰ مقابل عدد ۱۶۰ علامت «V» و مقابل عدد ۸۰ علامت «» گذاشته و حد فاصل بین این دو را با خطی به هم وصل می‌کنند.

Agoniti		درد	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
O2	<input type="checkbox"/>													
N2O	<input type="checkbox"/>													
Fentanyl	<input type="checkbox"/>													
Propofol	<input type="checkbox"/>													
Succi	<input type="checkbox"/>													
Na Pentothal	<input type="checkbox"/>													
مشد خون BP														
تپش قلب														
تپش	240													
تپش	38													
Stat Arter	36													
تپش	34													
تپش	32													
تپش	30													
تپش	120													
تپش	100													
تپش	80													
تپش	60													
تپش	40													
تپش	20													
تپش	0													
RISK:		1	2	3	4	5	E1	E2	E3	I-4	E5			

در پایین صفحه‌ی مدرج کلمه‌ی Risk و در مقابل آن اعداد ۱ تا ۵ آورده شده است، با توجه به وضعیت عمومی بیمار و عملکرد سیستم‌های قلبی - عروقی، ریوی، کلیوی و.. خطر بیهوشی برای بیمار، از مقدار کم خطر (عدد ۱) تا پرخطر (عدد ۵) تغییر می‌کند. بنابراین هر چه میزان خطر بیهوشی بیشتر باشد، درجه ریسکی که پزشک متخصص بیهوشی، برای بیهوش کردن بیمار انجام می‌دهد، بیشتر خواهد بود.

در صورت بروز عوارض در هنگام بیهوشی و یا خاتمه آن، موارد مذکور ثبت شده و در نهایت به امضاء پزشک متخصص بیهوشی می‌رسد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی
مرکز پزشکی آموزش درمانی

رگ پیوسته

شماره پرونده:	نام خانوادگی:	نام:	پسوند:	تاریخ تشخیص:	تاریخ ارجاع:	تاریخ نوشتن:	تاریخ ارجاع مجدد:
نام بیمار:		تاریخ تشخیص:		تاریخ نوشتن:		تاریخ ارجاع مجدد:	
محل پزشکی بستری شده:				دوره‌های کارآموزی:			
<input type="checkbox"/> نرسد <input type="checkbox"/> پرستاری <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> رادیولوژی <input type="checkbox"/> آزمایشگاه							
شرح بیماری: <input type="checkbox"/> نرسد <input type="checkbox"/> پرستاری <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> رادیولوژی <input type="checkbox"/> آزمایشگاه							

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																																																																				
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100	

نام بیمار:	جنس:	سن:	وزن:	تاریخ عمل:	نوع عمل:	محل عمل:	تاریخ نوشتن:
شرح بیماری:		شرح عمل:		شرح نتایج:		شرح پیگیری:	

تصویر ۱۹ الف

رگ مشاوره نیهوشی

نام بیمار: سن: تاریخ عمل: نوع عمل: محل عمل: تاریخ نوشتن:	جنس: وزن: نوع عمل: محل عمل: تاریخ نوشتن:
شرح بیماری: شرح عمل: شرح نتایج: شرح پیگیری:	شرح بیماری: شرح عمل: شرح نتایج: شرح پیگیری:

تصویر ۱۹ ب

۸- برگ‌های مربوط به اعمال جراحی

اعمال جراحی برای هر بیمار، سه برگ از پرونده‌ی وی را به خود اختصاص می‌دهد:

- ۱) برگ مراقبت قبل از عمل
- ۲) برگ گزارش عمل جراحی
- ۳) برگ مراقبت بعد از عمل جراحی

۱) برگ مراقبت قبل از عمل (Pre-Operation care sheet)

این برگ توسط پرستار اتاق عمل تکمیل می‌شود. در این برگ پس از ذکر مشخصات بیمار، تشخیص و نوع عمل جراحی که برای بیمار باید انجام گردد، عنوان می‌شود. سپس گزارش اقدامات پرستاری مربوط به اقدامات قبل از عمل جراحی مانند آماده کردن بیمار، وضعیت فشار خون بیمار، علائم حیاتی قبل از عمل، وضعیت آزمایش‌های خونی و ادراری بیمار و ... بیان می‌شوند.

۲) برگ گزارش عمل جراحی (Operation report sheet):

این برگ توسط جراح تکمیل می‌شود و در آن اطلاعات مربوط به عمل جراحی انجام شده برای بیمار، تشخیص قبل از عمل و بعد از عمل جراحی لحاظ شده است. در واقع پزشک جراح موظف است در این برگ به ثبت جزئیات عمل جراحی انجام شده پرداخته و در نهایت دستورات بعد از عمل جراحی را یادداشت کند. گاهی به دلایل غیر قابل قبولی مثل تعدد اعمال جراحی و کمبود وقت، این برگ بسیار مهم و قانونی بطور ناقص و بد خط، که برای هیچ کسی حتی خود جراح نیز قابل استفاده نیست، نگاشته می‌شود.

می‌توان برای ثبت این برگ، کاربن گذاشته و رونوشتی از آن را به دست بیمار و یا همراه او داد. بهتر است در صورت امکان این برگ بصورت تایپ شده در اختیار بیمار قرار گیرد.

۳) برگ مراقبت بعد از عمل جراحی (Recovery room record sheet):

این برگ معمولاً در اتاق ریکاوری (اتاقی که بعد از عمل جراحی، بیمار به آنجا منتقل شده تا کاملاً به هوش بیاید) توسط متخصص بیهوشی تکمیل می‌شود. در این برگ اطلاعات مربوط به نوع عمل جراحی، نوع بیهوشی وضعیت عمومی بیمار، علائم حیاتی وی و مایعات داخل وریدی تجویز شده برای بیمار، میزان اکسیژن دریافتی در دقیقه و ... درج شده و پزشک بیهوشی با توجه به شرایط بیمار دستورات لازم را در پشت این برگ یادداشت می‌کند تا توسط پرستار ریکاوری اجرا شوند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی Ministry of Health & Medical Education University of Medical Sciences: دانشگاه علوم پزشکی Medical Center: مرکز پزشکی آموزش درمانی		وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی Ministry of Health & Medical Education University of Medical Sciences: دانشگاه علوم پزشکی Medical Center: مرکز پزشکی آموزش درمانی	
نام و نام خانوادگی: _____		نام و نام خانوادگی: _____	
تاریخ عمل: _____		تاریخ عمل: _____	
Attending Physician: _____	Ward: _____	Attending Physician: _____	Ward: _____
Date of Admission: _____	Reason: _____	Date of Admission: _____	Reason: _____
Family Name: _____	Room: _____	Family Name: _____	Room: _____
Day of Birth: _____	Day of Operation: _____	Day of Birth: _____	Day of Operation: _____
Father Name: _____	Time of Op: _____	Father Name: _____	Time of Op: _____
Kind of Anesthesia: _____	Preparation of Op Site: _____	Kind of Anesthesia: _____	Preparation of Op Site: _____
First Assistant: _____	Pre-Op Diagnosis: _____	First Assistant: _____	Pre-Op Diagnosis: _____
Second Assistant: _____	Post-Op Diagnosis: _____	Second Assistant: _____	Post-Op Diagnosis: _____
Kind of Operation: _____	Specimen: _____	Kind of Operation: _____	Specimen: _____
Time of Op: _____	Procedures and Findings: _____	Time of Op: _____	Procedures and Findings: _____
End time: _____	Remarks: _____	End time: _____	Remarks: _____
Beginning time: _____	Signature of Op. Room Nurse: _____	Beginning time: _____	Signature of Op. Room Nurse: _____
Recovery time: _____	Signature of Anesthetist: _____	Recovery time: _____	Signature of Anesthetist: _____
Pre-Op Anes. Drug Effect: _____	Signature of Surgeon: _____	Pre-Op Anes. Drug Effect: _____	Signature of Surgeon: _____
Asking: _____	Signature of Anesthetist: _____	Asking: _____	Signature of Anesthetist: _____
Answer: _____	Signature of Surgeon: _____	Answer: _____	Signature of Surgeon: _____
Asking: _____	Signature of Anesthetist: _____	Asking: _____	Signature of Anesthetist: _____
Answer: _____	Signature of Surgeon: _____	Answer: _____	Signature of Surgeon: _____
Asking: _____	Signature of Anesthetist: _____	Asking: _____	Signature of Anesthetist: _____
Answer: _____	Signature of Surgeon: _____	Answer: _____	Signature of Surgeon: _____

تصویر ۱۰ ب: برگ گزارش عمل جراحی تصویر ۱۰ الف: برگ مراقبت قبل از عمل

به برگ‌های گزارش عمل جراحی زیر توجه کنید:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
The Ministry of Health & Medical Education
The University of Medical Sciences
Education & Treatment Center:

برگ گزارش عمل جراحی
OPERATION REPORT SHEET

شماره پرونده: Unit Number: []

نام بیمار: [] نام پدر: [] نام: [] نام خانوادگی: []

تاریخ تولد: [] تاریخ پذیرش: [] تاریخ: [] نام: [] نام خانوادگی: []

تاریخ: [] تاریخ تولد: [] تاریخ پذیرش: [] نام: [] نام خانوادگی: []

جراح: [] کمک اول: [] کمک دوم: [] Second Assistant: []

انستزیست: [] نوع بی‌حوشی: [] Kind Of Anesthesia: [] Nurse Of OP.Room: [] پرستار اتاق عمل: []

نوع عمل: [] Kind Of Operation: [] End time: [] Start Time: []

تکلیف قبل از عمل: [] Pre - Op Diagnosis: []

تکلیف بعد از عمل: [] Post - Op Diagnosis: []

نوع عمل جراحی: [] Type Of Operation: []

نمونه برداشت شده: [] Specimen: []

شرح عمل و مشاهدات: [] Procedure and Finding: []

شمارش کلارها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق می باشد: بله خیر

Count Of Swabs/Instrument is Correct? Yes No

نمونه جهت آزمایش فرستاده شد: بله خیر

The Specimen Sent To Laboratory: Yes No

امضاء پرستار اتاق عمل: [] Nurses Of OP.Room Sign: []

از گزارش عمل جراحی فوق چه اطلاعاتی بدست می‌آورید؟

۹- برگ خلاصه پرونده (unit summary sheet)

هدف از تشکیل فرم خلاصه پرونده، استفاده مناسب از اطلاعات قبلی بیمار در هنگام پذیرش مجدد وی در بیمارستان یا مراکز پزشکی است؛ برگ خلاصه پرونده ابزاری ارزنده جهت ادامه‌ی سیر درمانی بیمار می‌باشد. این برگ می‌تواند به کمیته‌های پزشکی در امر مطالعه‌ی پرونده بیمار کمک کند؛ همچنین این برگ مدرک مستندی است که در پاسخ به مراجع و موسسات مجاز نظیر شرکت‌های بیمه و مراجع قضایی، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

این برگ از پرونده، خلاصه‌ای از وضعیت بیمار در هنگام ورود به بیمارستان، تشخیص اولیه، اقدامات درمانی و شرایط بیمار در هنگام ترخیص را ارائه می‌کند. در واقع در این قسمت پزشک معالج سیر بیماری فرد در دوره بستری در بیمارستان را به صورت خلاصه توضیح می‌دهد.

در این برگ مانند سایر برگ‌های پرونده، ابتدا مشخصات بیمار (شامل شماره پرونده، نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، بیمارستان و بخش بستری، نام پزشک معالج، تاریخ پذیرش و تاریخ ترخیص) ذکر می‌شود.

سپس به ترتیب زیر سیر درمان بیمار شرح داده می‌شود:

۱. شکایت اصلی و معاینات بیمار در هنگام پذیرش
۲. تشخیص اولیه و تشخیص نهایی
۳. توضیحاتی در مورد شرح حال، علت مراجعه، اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده برای بیمار، نتایج آزمایش‌های پاراکلینیکی و سیر بیماری (که همگی نشان دهنده‌ی اقدامات انجام شده برای بیمار در هنگام بستری در بیمارستان است). این موارد در قسمت اصلی صفحه ثبت می‌شود؛ بهتر است وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و توصیه‌های هنگام ترخیص در انتهای متن آورده شود.
۴. در پایان، پزشک معالج با ذکر نام و امضاء خود در پایین این برگ، اطلاعات ذکر شده را تأیید می‌کند.

این برگ در دو نسخه تهیه می‌شود؛ یک برگ از آن در پرونده بیمار باقی می‌ماند و برگ دیگر به بیمار داده می‌شود؛ بنابراین برگ خلاصه پرونده‌ی مخصوص بیمار، نشان دهنده‌ی سیر درمانی بیمار در بیمارستان و توصیه‌های هنگام ترخیص برای وی است. در بیمارستان‌های آموزشی این برگ معمولاً توسط اینترن یا دستیار نوشته می‌شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی Ministry of Health & Medical Education University of Medical Sciences			
Clinic No: شماره درمانگاهی:		Unit No: شماره پرونده:	
برگ خلاصه پرونده UNIT SUMMARY 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 Name: نام پدر:
	Bed: تخت:	Occupation: شغل:	Married status: وضعیت تأهل: Married متاهل <input type="checkbox"/> Single مجرد <input type="checkbox"/>
Address & Phone No.: آدرس و شماره تلفن:		Sex: جنس: Male مرد <input type="checkbox"/> Female زن <input type="checkbox"/>	
Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:			
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:			
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:			
Results of Paraclinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:			
Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):			
Patient's Condition on Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
Recommendations after Discharge: توصیه‌های پس از ترخیص:			
Attending Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک معالج:			

طرح استانداردسازی و پیاده‌نویس مینیمم مدارک پزشکی کشور ۱۰۰۶

برگ خلاصه پرونده

تصویر ۱۱: برگ خلاصه پرونده

برگ خلاصه پرونده‌ی زیر چه اطلاعاتی را به شما می‌دهد؟

برگ خلاصه پرونده			شماره پرونده: [Redacted]
پزشک معالج: [Redacted]	بخش‌های بستری:	نام:	نام خانوادگی: [Redacted]
	تاریخ پذیرش:	بخش اول:	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
تاریخ ترخیص:	بخش دوم:	سن:	
	بخش سوم:		
تشخیص اولیه: ۹۰۸		شکایت اصلی بیمار: دش	
سایر تشخیص‌ها: ۸۰۸		تشخیص نهایی:	

مختصری از شرح حال:

.....
.....
.....

یافته‌های مهم بالینی و پاراکلینیک:

.....
.....
.....

درمان اصلی:

.....
.....
.....

سایر اقدامات درمانی:

.....
.....
.....

در مقابل به خلاصه پروندهی زیر توجه کنید:

شماره پرونده:		برگ خلاصه پرونده	
نام خانوادگی:	نام:	بخش‌های بستری:	پوشک معالج:
جنس:	سن:	بخش اول:	تاریخ پذیرش:
مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	۷۳	بخش دوم:	۸۹/۳/۳
شکایت اصلی بیمار:		بخش سوم:	تاریخ ترخیص:
ضربانگ آلودگی / ادم		تشخیص اولیه:	لنفوم
تشخیص نهایی:		سایر تشخیص‌ها:	

مختصری از شرح حال:

بیمار آقای ۷۳ ساله Case شماره ۴ HTV، DM، CVA، ۴ سال پیش که از همان موقع دچار هیپوآسمیت مزمن شده است (بسته). MI (۵ سال پیش)، تنگی قلب داشته و آنژیوپلاستی داشته است. و حال کنونی بیمار (از تاریخ ۰۶/۰۶/۸۹) که ۱۲ حمله دیابتی شده اند. از ۰۵/۰۶/۸۹ رفودین دچار شده بودیم. با جویسک، سونگ و ادم سری اویسکان شده اند و به دلیل خواب آلودگی شدید و بی‌استیجی، حجم ادرار و افت BP یافته‌های مهم بالینی و پاراکلینیکی: مراجعه کرده اند.

$BUN = 126 \rightarrow 116 \rightarrow 110 \rightarrow 101 \rightarrow 100 \rightarrow 92 \rightarrow 100$
 $Cr = 2.7 \rightarrow 2.4 \rightarrow 2.3 \rightarrow 2.1 \rightarrow 1.8 \rightarrow 1.8 \rightarrow 2$
 $PH = 7.27 / PCO_2 = 40 / HCO_3 = 17.9$
 $wbc = 38.2 / RBC = 4.4 / Hb = 11.6 / PLT = 96000 / MCU = 85 / P.T.T = 27$
 درمان اصلی: $Na = 134 / K = 5.3 / AST = 38 / ALT = 15 / Fe = 53 / TIBC = 330$
 $chol = 267 / TG = 311 / HDL = 31 / LDL = 173.8 / Alb = 3.3$
 $Uric acid = 37 / ALP = 176 / Ca = 2.1 / Ph = 5.1 / CPK = 117 / LDH = 339$
 سونوگرافی انجام شده: بدون انقباض در فضای جنی هردو سمت / تاریخ آراد در کالوستیک و کولت (۳۰۰) / در حال برتر از زمان ۱۴۵ / کرفس کلسیم $UPPER$ زمان Ca آنزیم‌ها FL کرفس I / $RK = 119$ / $LK = 112$ کرفس‌ها: ابعاد و آنزیم‌ها طبیعی دارند. لغاتوبالی در سایر المان‌ها: اوقات برگشتی ایدیاک هردو سمت برترین اکتیو 46×24 در سمت چپ لیب بود در کت لیب‌ها با قای خردن هم‌رازم پوست و چربی زیرمندی مشاهده قلب انجام شد و ادم‌ها بر روی قسمت پرومیتالگی توصیف شدند. مشاهده پوست ارجعت $bed\ sore$ انجام شده و شکل ترومبوز در Va و ترومبوز در Va مشاهده شدند. درشت‌خنده‌ها ترومبوز با حجم $Stage II$ مطرح شده در نوزم ترومبوز با قای توصیف شده که ۹۰ سیمانتی خواهد داشت. لذا درمان $Palliative$ توصیف شده و DVT شده بود.

در ادامه توصیف از جهت هیپوآسمیت: $Radiation$ سطح آلودگی $pleuropathy$ در اکثر $EF = 55$ به باسار ضایعات کفنی ملاحظه کردند. دست‌داری به دلیل نبودن جازه بیمار و در نتیجه لغت شده.



نکات مهم

۱. لازم است برگ خلاصه پرونده بطور کامل پر شده و تمامی عناصر اطلاعاتی موجود در آن تکمیل گردند. گاهی نوشتن نام شهر، نام بیمارستان و تاریخ بستری و ترخیص فراموش می‌شود؛ این فراموشی، مشکلاتی را برای پیگیری و درک سیر اقدامات انجام شده به وجود می‌آورد.
۲. لازم است تمامی مراحل سیر بیماری و دستورات داده شده در مورد پیگیری‌های بعدی، در برگ خلاصه پرونده قید شود. در صورت نیاز به پیگیری‌های متعدد، توصیه می‌شود هر کدام جداگانه بیان گردند.
۳. لازم است داروهای تجویز شده برای بیمار، با ذکر دوز مورد نیاز و طول مدت استفاده از هر دارو، به تفکیک ذکر شود.
۴. بهتر است در صورت امکان برگ خلاصه پرونده تایپ شود.
۵. در صورتی که امکان تایپ وجود ندارد از کاربن نو جهت تهیه کپی آن استفاده گردد.
۶. ضروری است دستیار و یا پزشک معالج برگ خلاصه پرونده را امضاء و مهر نمایند.
۷. در صورتی که بیمار در چند بخش مختلف بستری بوده است، معمولاً یک خلاصه پرونده کفایت می‌کند به شرطی که توسط آخرین پزشک معالج و با توجه به اقدامات انجام شده توسط همه سرویس‌ها تکمیل گردد. اگر این بستری در بیمارستان‌های مختلف بوده است باید هر مرکز برگ خلاصه پرونده مربوط به خود را به بیمار یا همراهان وی تحویل دهد.
۸. توصیه می‌شود (در کشور ما) اهمیت خلاصه پرونده در هنگام تحویل به بیمار، برای بیمار و همراهان وی تذکر داده شده و بر ضرورت حفظ و ارائه آن در مراجعات بعدی نیز تاکید گردد.
۹. توصیه می‌شود علاوه بر برگ خلاصه پرونده، کارت کوچکی (با ابعاد کارت شناسایی) برای بیمار جهت دستیابی سریع به اطلاعات بیمارستانی وی صادر گردد. این کارت باید حاوی مشخصات بیمار، نام بیمارستان، شماره پرونده، نام پزشک معالج، تاریخ بستری و ترخیص شکایت اصلی و تشخیص بیماری باشد.

۱۰- برگ رضایت نامه و برائت نامه

برگ رضایت نامه و برائت نامه، سوای برگ رضایتی است که در پشت صفحه‌ی اول پرونده، یعنی پشت برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، تعبیه شده است. به طور معمول این برگ در پرونده‌ی بیماران وجود ندارد. توصیه می‌شود پزشک هنگام اقدام به اعمال جراحی و یا موارد مهمی مثل آمپوتاسیون، نسبت به تکمیل این فرم اطمینان پیدا کرده و سپس به این اعمال اقدام نماید. این فرم اخیراً توسط سازمان نظام پزشکی و پزشکی قانونی طراحی شده و باعث پیشگیری از بسیاری از شکایات بی‌مورد خواهد شد (طبق ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی، در صورتی که پزشک قبل از شروع درمان و یا اعمال جراحی، از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد، مسئولیت کیفری نداشته عمل جراحی جرم محسوب نمی‌شود).

در این برگ، بیمار، ولی، سرپرست یا نماینده قانونی وی، رضایت آگاهانه خود را از اقدامات تشخیصی و درمانی که توسط تیم پزشکی با صلاحدید پزشک معالج (که بر مبنای اصول علمی انجام می‌شود) اعلام می‌کنند. با این کار، کادر تشخیصی و درمانی از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی اقدامات درمانی، مبری می‌شوند. این فرم باید پس از توضیحات کافی پزشک معالج در مورد اقدام تشخیصی یا درمانی، با حضور یکی از پزشکان معالج و دو شاهد تکمیل و امضاء شود. بدیهی است، هنگامی این فرم معتبر است که رضایت و برائت از روی آگاهی و اختیار بیمار و یا ولی او اخذ شده و زمان تکمیل آن نیز قبل از انجام اقدامات پزشکی، انجام گرفته باشد. یکی از مواردی که ممکن است در برخی از کشورها بر نگارش آن در این قسمت تأکید شود، اخذ رضایت یا عدم رضایت از عملیات احیاء (Resuscitation) می‌باشد. این مسئله محل منازعات و شکایات فراوان بوده و انجام احیاء در صورت عدم رضایت بیمار در این کشورها جرم شناخته می‌شود. در ایران، علاوه بر مسائل قانونی، جنبه‌های شرعی خاصی هم در این مورد مطرح است که باید توسط دستگاه‌های ذیربط به آن پرداخته شود.

 هو الشافی رضایت نامه و برانت نامه	
این فرم باید با حضور یکی از پزشکان کادر معالجات تکمیل گردد.	
<p>اینجانب..... فرزند..... دارای کدملی..... و شماره شناسنامه..... صادره از.....</p> <p>تاریخ تولد..... بیمار / * ولی بیمار / * سرپرست بیمار / * نماینده قانونی بیمار * با توضیحات پزشکان و کادر معالجات از عوارض احتمالی مربوط به انجام..... که اهم عوارض شایع آن عبارت است از:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>به خوبی مطلع شدم و در حضور جناب آقای / سرکار خانم دکتر..... با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی لازم که طبق صلاحدید پزشکان و کادر درمانی و با رعایت موازین فنی و علمی انجام شود اعلام می‌دارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی که علی‌رغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید مبری نموده و هیچ‌گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.</p> <p>امضاء و اثر انگشت:</p> <p>تاریخ و ساعت:</p> <hr/> <p>➤ شاهد اول: نام و نام خانوادگی:..... نام پدر:..... شماره شناسنامه یا کدملی:..... نسبت با بیمار:..... نشانی و تلفن تماس:.....</p> <p>امضاء و اثر انگشت:</p> <p>تاریخ و ساعت:</p> <hr/> <p>➤ شاهد دوم: نام و نام خانوادگی:..... نام پدر:..... شماره شناسنامه یا کدملی:..... نسبت با بیمار:..... نشانی و تلفن تماس:.....</p> <p>امضاء و اثر انگشت:</p> <p>تاریخ و ساعت:</p> <hr/> <p>این فرم در دو نسخه تنظیم شده است که در حکم واحد می‌باشد و یک نسخه تحویل..... شد.</p> <p>امضاء و اثر انگشت:</p> <p style="text-align: center; padding: 5px;">تذکر: لطفا قبل از تکمیل فرم به توضیحات پشت برکه توجه فرمائید.</p>	

رضایت گرفتن از بیمار

رضایت گرفتن از بیمار به معنای این است که بیمار با استقلال و اختیار کامل، اجازه هر گونه اقدام پزشکی را (که پزشک معالج برای او صلاح دیده است) به کادر درمانی خود می‌دهد. اگر پزشک یا سایر افراد حاضر در کادر درمانی، برخلاف رضایت بیمار اقدام به درمان کنند، مورد مواخذه قرار خواهند گرفت. بنابراین پزشک و دیگر اعضای کادر درمانی، همواره باید برای کسب رضایت از بیمار تلاش نمایند؛ زیرا هر انسانی با عقل سالم، حق دارد در مورد آنچه قرار است بر بدن وی انجام پذیرد، تصمیم بگیرد.

در پشت برگ پذیرش و خلاصه ترخیص (اولین برگ پرونده) ۴ رضایت نامه مربوط به اقدامات درمانی بیمار طراحی شده است؛ این چهار مورد عبارتند از:

۱. اجازه معالجه و عمل جراحی
۲. اجازه قطع عضو
۳. اجازه ترخیص با میل شخصی
۴. اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی بیمار

LETTER OF AUTHORIZATION			
<p>تعمای 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).</p>			
اجازه معالجه و عمل جراحی			
<p>اینجانب بیمار اولی بیمار ساکن.....</p> <p>اجازه می‌دهم 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 می‌دهند اعلام می‌دارم.</p> <p>امضاء..... شاهد ۱).....</p> <p>تاریخ..... شاهد ۲).....</p>			
اجازه قطع عضو			
<p>اینجانب بیمار اولی بیمار ساکن.....</p> <p>اجازه می‌دهم 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 می‌دهند اعلام می‌دارم.</p> <p>امضاء..... شاهد ۱).....</p> <p>تاریخ..... شاهد ۲).....</p>			
اجازه ترخیص یا میل شخصی			
<p>اینجانب..... با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان..... این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود نمی‌دانم.</p> <p>امضاء بیمار..... امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار..... شاهد ۱).....</p> <p>(در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)</p> <p>تاریخ..... شاهد ۲).....</p>			
اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی			
<p>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 می‌دارم</p> <p>تاریخ..... امضاء بیمار یا ولی بیمار..... شاهد ۱).....</p> <p>شاهد ۲).....</p>			
<p>هزینه روزانه تخت در اتاق: (خصوصی) (ریال) (ایرود) (ریال)</p> <p>(دوتخته) (ریال) ICU (ریال)</p> <p>(سه تخته و بیشتر) (ریال) CCU (ریال)</p> <p>(نوزادان) (ریال) Post CCU (ریال)</p>			
<p>هزینه همراه هر شب:</p> <p>بهای خدمات تشخیصی درمانی مطابق تعرفه بیمارستانی می باشد.</p> <p>اینجانب: بیمار اولی بیمار دکتر:</p> <p>ترخیص خود / بیمار خود را بر این اساس پیرواوم.</p> <p>امضاء: تاریخ: شاهد ۱: شاهد ۲: شاهد ۳:</p>			
<p>مدت زمان بستری بودن در بیمارستان، انجام رادیوگرافی ها، آزمایشها و سایر خدمات تشخیصی و درمانی شما طبق دستورات پزشک معالج می باشد.</p>			
ردیف	مبلغ سیده	تاریخ پرداخت	شماره قبض صندوق

نمای فوق نمای پشت برگ پذیرش و خلاصه پرونده است که در آن محل اخذ ۴ رضایت و اجازه اقدامات درمانی از بیمار، تعبیه شده است.

هر چند به طور معمول مسئول پذیرش، منشی و یا پرسنل پرستاری، رضایت کتبی بیمار را برای اقدامات پزشکی اخذ می‌کنند، ولی پزشک به طور مستقیم مسئول گرفتن رضایت از بیمار بوده و شخصاً باید از آگاهی، اختیار و ظرفیت بیمار در تصمیم‌گیری خود، مطمئن شود. گرفتن رضایت از بیمار وقتی معتبر است که اطلاعات لازم در مورد اقدام پزشکی (در نظر گرفته شده برای بیمار) در اختیار وی قرار گرفته تا بیمار بتواند در مورد آن تصمیم‌گیری کند. بیمار حق دارد درمان را نپذیرد و به اقدامات درمانی رضایت ندهد؛ به عبارت دیگر، *انتخاب و یا امتناع از اقدام پزشکی، حق بیمار است.*

در هنگام گرفتن رضایت از بیمار ۳ نکته زیر باید رعایت شود:

۱. بیمار باید از اقدام پزشکی که قرار است برای او انجام شود اطلاع کامل و کافی داشته باشد؛ این اطلاعات باید به زبانی ساده، در خور فهم بیمار و توسط پزشک معالج وی به او داده شود.^۱ تذکر: در صورتی که بیمار بالغ، ولی کم سواد یا بی‌سواد باشد، باید کلیه‌ی توضیحات در حضور یک شاهد برای بیمار قرائت شده و سپس بیمار و شاهد، محل رضایت را با انگشت سیاه خود تایید و مهر کنند. در مواردی که بیمار صغیر بوده و یا دچار اختلال ذهنی روانی می‌باشد، رضایت نامه‌ها باید توسط والد (پدر) یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد.
۲. بیمار باید ظرفیت تصمیم‌گیری^۲ داشته باشد؛ به عبارت دیگر، بیمار قدرت استنباط و فهم اطلاعات بیماری و عواقب تصمیم خود را داشته باشد؛ اگر بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری نداشته باشد؛ می‌توان از افراد جایگزین (خانواده‌ی بیمار) جهت تصمیم‌گیری و کسب رضایت کمک گرفت.
۳. بیمار باید بتواند بدون وجود فشار و اجبار و یا دخالت دیگران، به طور آزادانه تصمیم خود را اتخاذ کند؛ لازمه‌ی اختیار در رضایت و تصمیم‌گیری بیمار نیز داشتن اطلاع و آگاهی کافی است.^۱

۱. در مواردی که اطلاع رسانی در مورد بیماری به بیمار، باعث صدمه‌ی روحی او می‌گردد و همچنین در مواردی که بیمار از پزشک معالج خود، درخواست عدم توضیح در مورد بیماری خود کند، نیاز به آگاهی دادن راجع به بیماری وجود ندارد؛ ولی اطلاعات لازم در مورد عملی که برای وی پیش بینی شده است، باید به او داده شود.

2.Capacity

انواع اخذ رضایت

رضایت گرفتن از بیمار، ممکن است به صورت شفاف (بیان شفاف و یا نوشته‌ی کتبی بیمار مبنی بر رضایت به اقدام پزشکی) و یا به صورت ضمنی (در پرده) مثل اعمالی که بیمار برای آماده شدن عمل تزریق و یا خون‌گیری انجام می‌دهد، باشد؛ مواردی که اقدام پزشکی با خطر بالایی همراه است و یا در مواقعی که بیش از یک ناخوشی مختصر مطرح است، اخذ رضایت باید بصورت شفاف (کتبی) باشد.

توصیه می‌شود برای اخذ رضایت از بیماران بستری از برگ‌های موجود در پرونده‌ی آنان استفاده شده و رضایت اخذ شده در پرونده بیماران ثبت شود. همچنین توصیه می‌شود برای بیماران سرپایی فرم‌های مخصوصی (بسته به نوع عمل) طراحی شود. در هنگام اخذ رضایت از بیمار، توصیه می‌شود خانواده وی نیز حضور داشته و به عنوان شاهد رضایت فوق را تأیید نمایند. در صورتی که بیمار به بیش از یک عمل جراحی نیاز داشته باشد، باید برای هر کدام از آن‌ها رضایت جداگانه‌ای اخذ شود.

یکی از مزایای رضایت گرفتن از بیمار این است که باعث ایجاد یک ارتباط موفق بین پزشک و بیمار می‌شود؛ این ارتباط موفق می‌تواند باعث بهبود سریع‌تر بیمار و کاهش (یا تحمل) درد و علایم وی گردد.

در چه مواردی نیاز به اخذ رضایت از بیمار نمی‌باشد؟

۱. در اعمال اورژانسی: وضعیت اورژانسی وضعیتی است که برای حفظ جان و سلامتی بیمار، اقدامات درمانی برای بیمار باید هر چه سریع‌تر شروع شده و تاخیر در شروع درمان می‌تواند

۳. در موقع رخ دادن کوتاهی و قصور از طرف پزشک، وجود رضایت نامه بیماران در پرونده، پزشک را تبرئه نمی‌کند و اگر صدمه به بیمار در اثر بی‌احتیاطی پزشک ایجاد شود، ممکن است پیگرد قانونی داشته باشد.

باعث مرگ و یا معلولیت بیمار شود.^۱ در موارد اورژانس که صحبت مرگ و زندگی است و بیمار قادر به دادن رضایت نیست، گرفتن رضایت مطرح نمی‌باشد، ولی در صورت امکان پزشک باید از فرد جایگزین (خانواده‌ی بیمار) رضایت بگیرد.

۲. بستری کردن و درمان بیمار *روانی* که نیاز به بستری شدن دارند و نسبت به بیماری خود آگاهی نداشته و ممکن است باعث آسیب به خود یا دیگران شوند (توصیه می‌شود این بستری، با هماهنگی خانواده بیمار صورت گیرد).

۳. معاینه، بستری و درمان بیمارانی که به بیماری مسری و خطرناک مبتلا بوده و نسبت به انتقال آن به دیگران، بی‌اعتنا باشند.

۴. معاینه دانش‌آموزان مدارس از نظر بهداشت عمومی

۵. معاینه بهداشتی زندانیان و افرادی که در اردوهای کار و آموزش می‌باشند.

۶. معاینه‌ی متهمین، مصدومین و یا مجروحین در پزشکی قانونی.

۷. معاینه‌ی مسافرانی که از خارج از کشور می‌آیند (هنگام بروز اپیدمی بیماری‌های مسری در مرزها، فرودگاه‌ها و بنادر)

۱۱- گواهی فوت

گواهی پزشکی عبارت است از محتویاتی که به وسیله‌ی پزشک صادر می‌شود و به واسطه‌ی آن گواهی (پزشک) موضوعی را به اطلاع یک شخص یا یک موسسه دیگر می‌رساند. یکی از گواهی‌هایی که توسط پزشک صادر می‌شود، گواهی فوت است. در گواهی فوت، علاوه بر اطلاعات دقیق از هویت متوفی، مشخصات بیماری و علت فوت نیز بایستی در آن آورده شود. بنابر قوانین سازمان جهانی بهداشت، فقط پزشک (و یا ماما در صورت فوت جنین)، مسؤول پر

۱. البته در مواردی که پزشک به طور مستند، مدرکی دال بر امتناع بیمار از انجام اقدام پزشکی داشته باشد و معلوم شود بیمار در زمانی که قدرت تصمیم‌گیری داشته از انجام این عمل سرباز می‌زده است، می‌تواند اقدام به درمان نکند.

کردن گواهی فوت می‌باشند و حق امضاء در آن نیز متعلق به پزشک (و یا ماما) است. امضاء یا مهر پزشک در واقع دلیل تائید محتویات آن به شمار می‌رود.

بسته به سیستم‌های موجود در هر کشور، قوانین و دستورالعمل‌های حقوقی در مورد مسؤلیت صدور گواهی نامه متغیر است. نکات مهمی که لازم است در صدور گواهی و به طور مشخص گواهی فوت از سوی پزشکان مورد توجه کافی قرار گیرند عبارتند از:

۱. در یک گواهی فوت لازم است مشخصات کامل پزشک به طور خوانا همراه با مهر و امضاء او آورده شود.

۲. هویت دقیق صاحب گواهی (متوفی) مشخص شده و مطالب آن خوانا، صریح و روشن باشد.

۳. محتوای گواهی صحیح (مطابق با واقعیت) باشد و هیچگونه نکته خلافی در آن یافت نشود.

لازم به ذکر است که هر گونه خطا در گواهی نه تنها منافی آبرو و اقتدار پزشک است، بلکه طبق قوانین جاری به مجازات پزشک نیز منجر می‌شود.

هدف اصلی از تهیه گواهی فوت از دیدگاه WHO ثبت تمامی اطلاعات مربوط به مرگ است و گواهی دهنده نمی‌تواند یک تعداد از علل را در گواهی فوت وارد و از دیگر علل صرفه نظر کند.

نتایج مندرج در گواهی فوت از چند دیدگاه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۱. از دیدگاه بازماندگان متوفی

۲. از دیدگاه تحقیق

۳. از دیدگاه پزشک

۴. از دیدگاه آمار

۵. از دیدگاه بیمارستان

۶. از دیدگاه حقوق و قانون

علت مرگ: (Cause Of Death)

علت مرگ، یک بیماری و یا آسیب اتیولوژیک اختصاصی است که با ایجاد اختلال فیزیولوژیک منجر به مرگ می‌شود. علت مرگ به دو عامل اصلی و زمینه‌ای تقسیم‌بندی می‌شود.

علت اصلی بدون تاثیر عوامل مداخله کننده‌ی دیگر باعث فوت شده و بدون آن هرگز مرگ حادث نمی‌شده است.

علت زمینه‌ای: بیماری یا وضعیتی است که آغازگر یک روند آسیب بوده و در نهایت به علت اصلی منجر می‌شود.

در ثبت عمل جراحی به عنوان علت مرگ، وضعیتی که عمل جراحی به خاطر آن انجام شده است، نوع عمل جراحی و همچنین یافته‌ها و وضعیت منجر به فوت نیز باید در گواهی آورده شود.

مثال:

در مورد بیماری که پس از عمل جراحی ویپل فوت نموده است:

الف) وضعیت منجر به فوت: اسیدوز متابولیک مقاوم به درمان

ب) وضعیتی که منجر به اسیدوز متابولیک شده است: کتواسیدوز دیابتی

ج) وضعیتی که منجر به کتواسیدوز دیابتی شده است: جراحی ویپل طول کشیده برای

برداشتن توده سر پانکراس

اگر یک نئوپلاسم بدخیم منجر به مرگ شده است، مرفولوژی و رفتار نئوپلاسم نیز قید می‌شود؛ علاوه بر آن اگر علت مرگ، ترکیبی از سرطان‌ها است (مثل سرطان‌هایی که در محل‌های مختلف و متعدد متاستاز یافته) موضع اولیه و منشاء نئوپلاسم قید و از تک تک مواضع ثانویه (متاستاز یافته) نیز نام برده می‌شود.

مثال:

در مورد بیماری که به دلیل عوارض ناشی از سرطان پستان فوت می‌کند:
 الف (وضعیت منجر به فوت: آریتمی مقاوم به درمان
 ب (وضعیتی که منجر به آریتمی شده است: هیپرکلسمی ناشی از بدخیمی
 ج (وضعیتی که منجر به هیپرکلسمی شده است: سرطان پستان با متاستاز متعدد به ریه و استخوان
 در مواردی که صدمه‌ای منجر به مرگ بیمار شود، ماهیت صدمه و همچنین عامل خارجی
 که منجر به صدمه شده است در گواهی آورده می‌شود.

مثال:

در مورد بیماری که به دنبال تصادف جاده‌ای فوت نموده است:
 الف (علت فوت: شوک هموراژیک ناشی از خونریزی غیر قابل کنترل خلف صفاقی
 ب (علت شوک هموراژیک: پارگی و له شدگی طحال
 ج (علت پارگی و له شدگی طحال: ضربه به شکم در حین تصادف جاده‌ای

وقتی که علت فوت مسمومیت ناشی از ترکیب چند دارو است و محتوای آن ترکیب مشخص است، تک‌تک داروها قید می‌شود، ولی اگر ترکیب و محتوای آن مشخص نیست با ذکر عبارت (ترکیب یا مخلوط) اشاره به مسمومیت منجر به فوت می‌شود.

مثال:

الف (علت فوت: هایپوکسی
 ب (علت هایپوکسی: نارسایی و یا ایست تنفسی
 ج (علت نارسایی و یا ایست تنفسی: مصرف بیش از حد تریاک

در سایر موارد نیز باید ابتدا در قسمت (الف) علت مستقیم فوت و در قسمت (ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت (الف) شده است و در قسمت (ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت (ب) شده است ذکر گردد.

مثال:

بیماری که در اثر سکته‌ی قلبی فوت کند:

الف (علت فوت: شوک کاردیوژنیک

ب (وضعیتی که منجر به شوک کاردیوژنیک شده است: سکته‌ی قلبی

ج (وضعیتی که منجر به سکته‌ی قلبی شده است: آترواسکلروزیس

البته لازم به ذکر است که در موارد فوت مشکوک (مثل مرگهای ناگهانی، غیرقابل توجیه، غیر قابل انتظار، بدون شاهد، مرگ‌های به ظاهر طبیعی ولی در شرایط غیر طبیعی، مرگ‌های ناشی از تروما) و یا به طور کلی در مواردی که علت مرگ برای پزشک محرز نیست، توصیه می‌شود، متوفی برای تعیین علت فوت به پزشکی قانونی ارجاع داده شود.

توجه: علانم بیماری و یا حالات نشانگان فوت همانند ایست قلبی، ایست تنفسی و ... نباید نوشته شوند.	
علت فوت (از روز هشتم تولد به بعد) الف) آخرین بیماری یا وضعیتی که منجر به فوت شده است.	علت فوت (برای مرده زایی یا فوت نوزاد تا هفت روز بعد از تولد) حاصل حاملگی: تولد زنده <input type="checkbox"/> تولد مرده <input type="checkbox"/> الف) بیماری یا وضعیت اصلی جنین یا نوزاد:
ب) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت الف شده است:	ب) سایر بیماری‌ها یا وضعیت‌های جنین یا نوزاد:
ج) بیماری یا وضعیتی که منجر به قسمت ب شده است:	ج) بیماری یا وضعیت اصلی مادر که روی جنین یا نوزاد موثر است.....
.....	د) سایر بیماری‌ها یا وضعیت‌های مادر که روی جنین یا نوزاد موثر بوده است:.....

در این طریق واصلی اجتناب از تکرار در

تصویر ۱۳- قسمتی از برگ گواهی فوت در مورد بیان علت مرگ

به موارد زیر در مورد نحوه‌ی صدور گواهی فوت نوزادان تا هفت روزه‌گی و یا مرده‌زایی، توجه کنید:

در مورد فوت نوزادان تا روز هفتم تولد در بند (الف)، بیماری یا وضعیت اصلی که منجر به فوت جنین یا نوزاد شده باید ثبت شود، به عبارت دیگر مهم‌ترین بیماری و یا شرایطی که بیشترین اثر را در فوت جنین داشته است، در این قسمت باید ثبت شود. بیماری مهم دیگری که منجر به فوت جنین یا نوزاد شده در قسمت (ب) نوشته می‌شود.

مهم‌ترین بیماری‌های مادر یا شرایطی که در مرگ جنین و یا نوزاد موثر بوده، در قسمت-های (ج) و (د) باید نوشته شود؛ به عنوان مثال:

علت فوت (برای مرده‌زایی و یا فوت نوزاد تا ۷ روزه‌گی)

(الف) بیماری یا وضعیت اصلی جنین یا نوزاد: *زایمان زودرس*

(ب) سایر بیماری‌ها یا وضعیت‌های جنین یا نوزاد: *نارسایی ریه جنین*

(ج) بیماری یا وضعیت اصلی مادر که برای فوت جنین یا نوزاد موثر بوده است: *کنده شدن زودرس جفت*

(د) سایر بیماری‌ها یا وضعیت‌های مادر که بر روی جنین یا نوزاد موثر بوده است: *خونریزی مادر*

۱۲- برگ‌های متفرقه

تا به حال برگ‌های اصلی مربوط به پرونده یک بیمار را با هم مرور کردیم؛ در عین حال ممکن است در مطالعه پرونده بیماران مختلف و یا در حین کار در بخش‌های بیمارستان به برگ‌های دیگری نیز برخورد کنید. در اینجا سعی می‌کنیم بطور مختصر راجع به آن برگ‌ها توضیح دهیم.

الف) برگ جذب و دفع مایعات:

در این برگ کلیه اطلاعات مربوط به جذب مایعات از راه‌های مختلف و دفع مایعات عنوان می‌شود. این برگ توسط پرستار بخش تکمیل می‌شود و پرستار کلیه اطلاعات مربوط به دریافت مایعات از راه دهانی، خون، مایعات وریدی و همینطور دفع مایعات از راه ادرار، مدفوع، استفراغ و ... را با ذکر تاریخ و ساعت تکمیل می‌نماید و در نهایت جمع ۱۲ ساعته و ۲۴ ساعته آن را محاسبه و یادداشت می‌کند.

اطلاعات این برگ به پزشک در تنظیم آب و الکترولیت بیمار بستری یاری می‌رساند.

ب) برگ درخواست رادیوگرافی و CT:

هر پزشک برای درخواست رادیوگرافی یا CT-Scan از بیمار خود، باید برگ‌های مخصوص را پر نموده و در آن، اطلاعات درخواستی راجع به بیمار و نوع گرافی یا CT-Scan درخواستی را تکمیل نماید. بهتر است پزشک معالج دقیقاً مشخص نماید که به دنبال پاسخ به چه سؤالی است تا پزشک رادیولوژیست بتواند بهترین گرافی یا CT را با توجه به درخواست وی تهیه نموده و گزارش دقیق‌تری از تصویر درخواستی را ارائه نماید.

ج) فرم درخواست و تحویل خون و فرآورده‌های آن از بانک خون

در صورتی که نیاز باشد بیماری خون و یا فرآورده‌های خونی دریافت کند، پزشک معالج موظف است برگ درخواست مربوط به آن را تکمیل نماید. این برگ حاوی اطلاعات مربوط به مشخصات بیمار، نوع خون و فرآورده‌ی مورد تقاضا و مقدار خون مورد نیاز است. این درخواست به بانک خون ارسال شده و خون یا فرآورده خونی آن تحویل بخش داده می‌شود؛ مسوول بخش باید خون و یا فرآورده‌ی آن را تحویل گرفته و اطلاعات مورد نظر در فرم مانند گروه و RH خون و تاریخ و ساعت دریافت خون را تکمیل نماید؛ همچنین در این فرم اطلاعاتی راجع به

فرد تزریق کننده و وسایل حین تزریق خون درخواست شده است که باید توسط فرد تزریق کننده تکمیل شود.

فرم درخواست و تحویل خون و فرآورده از بانک خون بیمارستان		
شماره پرونده بیمار :	نام و نام خانوادگی بیمار:	سن :
بخش :	تشخیص بیماری :	علت درخواست خون :
سابقه تزریق خون :	سابقه واکنش انتقال خون :	پزشک معالج :
تاریخ و ساعت تقاضا :		تاریخ و ساعت مصرف :
نوع خون و فرآورده مورد تقاضا:		CRP <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> P.C <input type="checkbox"/>
خون کامل <input type="checkbox"/>		خون تازه (۵-۱روز) <input type="checkbox"/> خون شسته شده <input type="checkbox"/> کرایو <input type="checkbox"/>
مقدار مورد نیاز :		برای رزرو <input type="checkbox"/> برای تزریق <input type="checkbox"/>
نام و امضا و مهر پزشک درخواست کننده :		
گروه و Rh گیرنده خون :	تایپ کراس میج انجام شده :	تاریخ و ساعت تحویل خون :
گروه و Rh دهنده خون :	ناسازگار <input type="checkbox"/> سازگار <input type="checkbox"/>	مهر و امضا :
تعداد واحد خون ارسالی :	Salin test : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	نام تزریق کننده :
شماره های برچسب روی کیسه :	Albumine test: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	تاریخ تزریق :
۱- ۲- ۳- ۴- ۵- ۶-	Coombs test : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	تاریخ خاتمه تزریق :
	در صورت ناساز بودن نوع آنتی بادی:	واکنش ترانسفوزیون در هنگام تزریق خون :
	نام انجام دهنده آزمایش :	مشاهده شد <input type="checkbox"/> مشاهده نشد <input type="checkbox"/>
	نتیجه:	مهر و امضای تزریق کننده :
	۷- ۸- ۹- ۱۰- ۱۱- ۱۲-	
تحویل گیرنده (مسئول بخش) :		
کنترل کننده نهایی خون (پزشک معالج) :		

توسط پزشک معالج تکمیل گردد

توسط بانک خون بیمارستان تکمیل گردد

تصویر ۱۴: فرم درخواست و تحویل خون و فرآورده‌های از بانک خون

(د) برگ دستور بستری

معمولاً بیمار در بیمارستان در ابتدا بصورت موقت پذیرش شده و پرونده موقت برای وی تشکیل می‌شود. پس از ویزیت اولیه توسط پزشک و یا دستیار مربوطه، در صورت نیاز به بستری، این برگ تکمیل و همراه پرونده موقت به پذیرش فرستاده شده و پرونده دائم برای بیمار تشکیل می‌شود. برگ دستور بستری، حاوی مشخصات بیمار، تشخیص احتمالی در هنگام بستری و مهر و امضاء پزشک بستری کننده است.

(ه) برگ‌های گزارش رادیولوژی

معمولاً نتایج بررسی‌های رادیولوژیک در قسمت مشخصی از پرونده قرار داده می‌شود. بهتر است این گزارش‌ها تایپ شده و در محل مناسب به ترتیب تاریخ قرار گیرند؛ به شکلی که قدیمی‌ترین برگ‌ها در زیر و جدیدترین برگ‌ها (از نظر تاریخ گزارش) در رو قرار گیرند. یکی از مشکلات جدی مورد مشاهده در پرونده‌های پزشکی (بستری یا سر پائی) ناخوانا بودن گزارش‌های دست‌نویس رادیولوژی و سونوگرافی است.

(و) برگ‌های گزارش آزمایشگاه

معمولاً نتایج تست‌های آزمایشگاهی در قسمت مشخصی از پرونده قرار داده می‌شود. (مثل گزارشات رادیولوژی) بهتر است این گزارش‌ها نیز تایپ شده و در محل مناسب به ترتیب تاریخ قرار گیرند به شکلی که قدیمی‌ترین برگ‌ها در زیر و جدیدترین برگ‌ها در رو قرار گیرند. گزارشات ABG و CBC ممکن است به مرور زمان (به خاطر نوع کاغذی که برای آن استفاده می‌شود) سیاه شده و نوشته‌های آن قابل رؤیت نباشد، در صورت امکان نتایج آزمایش‌های فوق تایپ شده و یا از آن‌ها زیراکس گرفته شود.

فرم همودیالیز حاد

نام و نام خانوادگی: سن ۱ - جنس F M شماره پرونده _____

تاریخ: تشخیص بیماری منجر به نارسائی کلیه پتاسیوم سرم فشارخون

Hbs AG مثبت منفی درجه حرارت

اندیکاسیون دیالیز:

دستورات دیالیز:

۱ - Blood flow ۲ - نوع مایبران ۳ - سایر مایبران ۴ - میزان uf ۵ - مدت دیالیز

۶ - میزان هپارین ۱ نرمال Clowdose بدون هپارین ۷ - نیاز به اکسیژن یلی خیر

۸ - سایر دستورات:

اعضاء پزشک

BP نظریه پرستاری

--	--	--	--	--	--	--	--	--

تصویر ۱۵: برگ دستور همودیالیز حاد

فصل سوم

طبقه‌بندی بیماریها

طبقه‌بندی و نام‌گذاری بیماری‌ها براساس ICD

کلیه اطلاعات مربوط به تشخیص بیماری، علت مرگ، اقدامات پزشکی و... در پرونده‌های بیماران، براساس سیستم طبقه‌بندی و کدگذاری ICD^۱ انجام می‌گیرد. همانطور که می‌دانید تشخیص پزشکی براساس معاینه بالینی و با کمک آزمایش‌ها و تصویر برداری صورت می‌گیرد؛ اما برای رسیدن به یک مفهوم واحد در ذهن افرادی که در حال و آینده پرونده را مطالعه میکنند لازم است روش استاندارد برای ثبت تشخیص بکار گرفته شود. در حال حاضر سیستم طبقه‌بندی و کدگذاری ICD، عملاً به عنوان یک روش استاندارد سازی بین‌المللی برای طبقه‌بندی تشخیص‌ها و علل مرگ و میر و... شناخته شده و برای رسیدن به اهداف بهداشتی درمانی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

هدف از به کارگیری ICD چیست؟

هدف از به کارگیری ICD، تحلیل وضعیت بهداشت عمومی موجود در گروه‌های جمعیتی، بررسی علل مرگ و میر و نیز نظارت بر میزان بروز و شیوع بیماری‌ها و ارتباط این موارد با متغیرهای دیگری مثل خصوصیات و شرایط افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف است. اگرچه ICD عمدتاً به منظور طبقه‌بندی بیماری‌ها و آسیب‌ها (با بیان تشخیصی اسم آنها) طراحی شده است؛ ولی هر علت یا دلیلی که باعث مراجعه افراد به سرویس‌های خدمات بهداشتی درمانی باشد، نیز به همین روش قابل طبقه‌بندی است؛ لذا ICD، مجموعه‌ای وسیع از علائم، نشانه‌ها، یافته‌های غیر طبیعی و حتی شکایات و شرایط اجتماعی (که ممکن است تحت عنوان تشخیص ناراحتی ثبت شود) را فراهم نموده است. با این وصف می‌توان گفت، از سیستم نام‌گذاری و طبقه‌بندی ICD می‌توان برای طبقه‌بندی اطلاعات ثبت شده تحت عنوان تشخیص، علت مراجعه، ناراحتی‌های حین درمان، دلیل مشاوره و...

^۱. ICD: International Statistical Classification Of Diseases

در انواع مختلف اسناد و مدارک پزشکی - بهداشتی استفاده کرد؛ همچنین این اطلاعات می‌توانند در گزارش‌های آماری و سایر موارد پزشکی - بهداشتی نیز مورد استفاده قرار گیرند.

سیستم طبقه‌بندی بیماری‌ها بر اساس ICD چگونه به وجود آمد؟

یونانیان قدیم علت بروز اکثر بیماری‌های انسان را به دلیل بر هم خوردن تعادل چهار عامل اصلی کنترل کننده‌ی مزاج انسان می‌دانستند، این چهار عامل عبارت بودند از: خون، سودا، صفرا و بلغم.

با گسترش تکنولوژی پزشکی و شناخت بیشتر بیماری‌ها، عوامل و تعداد بیماری‌های شناخته شده به شدت افزایش یافته و تشخیص بیماری‌های جدید روند صعودی پیدا کرد، به طوری که طبقه بندی قبلی پاسخ‌گوی این موارد نبود.

در سال ۱۸۹۳ یک طبقه‌بندی اولیه‌ی بین‌المللی (براساس علل مرگ و میر) توسط دکتر جاکوس برتیلون ارائه گردید و از آن به بعد همین طبقه‌بندی هر ۱۰ سال یک بار ویرایش شد. ششمین ویرایش این طبقه بندی در سال ۱۹۴۸ صورت گرفت؛ در این ویرایش برای اولین بار سیستم‌هایی جهت فهرست‌بندی بیماری‌ها و همچنین علل مرگ و میر، تعبیه گردید.

این طبقه‌بندی به نام ICD یا طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها نام گرفت و براساس نوبت ویرایش آن، اندکس ۱ الی ۱۰ به آن اضافه گردید؛ به عنوان مثال ICD۸ و ICD۹، ویرایش‌های هشتم و نهم از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها بوده و ICD۱۰ آخرین ویرایش این طبقه‌بندی است که در سال ۱۹۸۹ صورت گرفته است.

به طور کلی می‌توان گفت ICD یک روش تبدیل و ترجمه‌ای است که در آن، اسامی تشخیصی بیماری با خصوصیات مثل حرف و شماره به صورت کد بیان می‌شود. با این کار، می‌توان اطلاعات به دست آمده را به شکلی آسان، ذخیره، بازیابی و استخراج نمود و در صورت لزوم مورد تجزیه و تحلیل نرم افزاری قرار داد.

چگونه از کد به جای عبارات و یا کلمات استفاده می‌گردد؟

در کد گذاری مدارک پزشکی، علاوه بر تشخیص طبی، به سایر موارد ثبت شده در پرونده‌ها (که جهت تحقیقات و مطالعات پزشکی، آماری و گاهی ارزشیابی گروه‌های بیماری و بیمارستانی نیز مفید می‌باشد) کد داده می‌شود.

به طور مثال اقدامات پزشکی (مثل اعمال جراحی، زایمان واکسیناسیون، اقدامات تشخیصی، چکاپ و...) همچنین محیط‌ها و عوامل حادثه ساز (مثل آتش‌سوزی، انفجار، تصادف، سقوط، دستگاه‌های مکانیکی موجود در محل کار و ...) و نیز عوامل مسمومیت‌زا (مانند داروها، گازها و به طور کلی انواع ترکیبات شیمیایی، مواد فاسد و ...) و حتی هر گونه داروی تجویز شده توسط پزشک می‌تواند در حیطه‌ی این کد گذاری قرار گیرد.

برای کد گذاری ابتدا بیماری را طبقه‌بندی کرده و سپس آنها را کد گذاری می‌کنند.

چگونه بیماری‌ها طبقه بندی می‌شوند؟

بیماری‌ها را براساس رده‌های ۳ کاراکتری طبقه‌بندی می‌کنند. کاراکتر اول یکی از حروف الفبای لاتین و کاراکتر دوم و سوم از اعداد صفر تا ۹ می‌باشد مثلاً A52. به همین ترتیب و براساس رده‌های ۳ کاراکتری، کل بیماری‌ها براساس سیستم‌های مختلف بدن، به ۲۱ فصل طبقه‌بندی می‌شوند. هر کدام از رده‌های ۳ کاراکتری می‌تواند به زیر شاخه‌های ۴ کاراکتری تقسیم شود.

فصول ۲۱ گانه طبقه بندی بیماری در ICD

در جلد اول کتاب ICD بیماری‌ها را براساس درگیری سیستم‌های مختلف بدن و نیز با توجه به رده‌های ۳ کاراکتری به ۲۱ فصل تقسیم‌بندی می‌کنند؛ این ۲۱ فصل عبارتند از:

فصل اول: بیماری‌های انگلی و عفونی خاص (A00-B99)

(Certain infectious and parasitic diseases)

فصل دوم: نئوپلاسم‌ها (C00-D48)

(Neoplasms)

فصل سوم: بیماری‌های خون و اندام‌های خونساز و اختلالات خاص که مکانیسم ایمنی را مبتلا می‌سازد. (D50 – D89)

Diseases of the blood and blood – forming organs and certain disorders involving the immune mechanism

فصل چهارم: بیماری‌های متابولیسمی و تغذیه‌ای و غدد درون ریز (E00 – E90)

Endocrine , nutritional and metabolic diseases

فصل پنجم: اختلالات روانی و رفتاری (F00-F99)

Mental and behavioural disorders

فصل ششم: بیماری‌های سیستم عصبی (G00-G99)

Diseases of the nervous system

فصل هفتم: بیماری‌های چشم و ضمايم آن (H00-H59)

Diseases of the eye and adenexa

فصل هشتم: بیماری‌های گوش و اجزای ماستوئیدی (H60 – H95)

Diseases of the ear and mastoid process

فصل نهم: بیماری‌های سیستم گردش خون (I00-I99)

Diseases of the circulatory system

فصل دهم: بیماری‌های سیستم تنفسی (J00-J99)

Diseases of the respiratory system

فصل یازدهم: بیماری‌های سیستم گوارشی (K00-K93)

Diseases of the digestive system

فصل دوازدهم: بیماری‌های پوست و بافت زیر جلدی (L00-L99)

Diseases of the skin and subcutaneous tissue

فصل سیزدهم: بیماری‌های سیستم عضلانی – اسکلتی و بافت همبند (M00-M99)

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

فصل چهاردهم: بیماری‌های سیستم تناسلی – ادراری (N00-N99)

Diseases of the genitourinary system

فصل پانزدهم: حاملگی، زایمان و دوران نفاسی (O00-O99)

Pregnancy, childbirth and the puerperium

فصل شانزدهم: موقعیت‌های خاص منشأ گرفته از دوران حین زایمان و یا تولد (P00-P96)

Certain condition originating in the perinatal period

فصل هفدهم: نقص خلقتی و ناهنجاری‌های مادرزادی و اختلالات کروموزومی (Q00-Q99)

Congenital malformation, deformation and chromosomal abnormalities

فصل هیجدهم: علائم، نشانه‌ها و یافته‌های آزمایشگاهی و کلینیکی غیر طبیعی، در جای دیگر

دسته‌بندی نشده (R00-R99)

Symptom, signs and abnormal clinical an laboratory findings, not elsewhere classified

فصل نوزدهم: صدمه، مسمومیت و دیگر پیامدهای عوامل خارجی (S00-T98)

Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

فصل بیستم: علل خارجی مرگ و میر و بیماری (V01- Y98)

External causes of morbidity and mortality

فصل بیست و یکم: عوامل مؤثر بر حالات بهداشتی و تماس با سرویس‌های بهداشتی (Z00-Z99)

Factor influencing health status and contacts with health services

لازم به ذکر است طبقه‌بندی بیماری‌ها در ICD شامل ۳ جلد کتاب می‌باشد؛ همان طوری که قبلاً نیز گفته شد جلد اول کتاب ICD شامل لیستی از بیماری‌هاست که براساس شماره کدها تنظیم شده و به عنوان جلد اصلی کتاب ICD به کار گرفته می‌شود. جلد دوم کتاب ICD در مورد دستورالعمل کد گذاری بوده و جلد سوم شامل فهرست الفبایی (ایندکس الفبایی) بیماری‌های ذکر شده در جلد اول می‌باشد.

فصل چہارم

اخلاق پزشکی

محتوای مدارک پزشکی محرمانه است و معمولاً حتی برای بیمار هم قابل دسترسی نمی‌باشد. هر کدام از ارایه دهندگان مراقبت پزشکی معمولاً مستقل و مرتبط با نوع مراقبت انجام یافته، مستندات خود را ارایه می‌دهند. در این راستا علاوه بر دقت در ثبت مدارک مذکور، این افراد موظفانند اخلاق پزشکی را نیز در حفظ و نگهداری اسرار بیماران رعایت کنند.

اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی فعالیتی است که براساس آن، عقاید، تعهدات، نوع رفتار، احساسات، استدلال‌ها و تصمیم‌گیری‌های مربوط به مسایل پزشکی مورد تحلیل و ارزیابی قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر اخلاق پزشکی، به کلیه اصول حاکم بر رفتار شغلی پزشکان گفته می‌شود. این اصول حاکم بر رفتار پزشکان، باید موجب ارتقا بخشیدن به مراقبت از بیمار گردد؛ همچنین با رعایت اخلاق پزشکی، پزشک باید بتواند در مواقع بحرانی، تصمیمی براساس تعقل و تفکر اتخاذ کند. وجود قوانین اخلاقی هم برای پزشکان و هم برای بیماران بسیار مفید است؛ زیرا پزشکان حد و مرز اخلاق پزشکی را شناخته و می‌دانند باید چه کار کنند و چه مسئولیت‌هایی دارند؛ از طرف دیگر، بیماران نیز از حقوق خود آگاه شده و متوجه می‌شوند که تا چه حد باید از پزشک خود انتظار داشته باشند.

هر چند اخلاق پزشکی به بحث در موضوعات مختلف پزشکی مانند اطفال، سالمندان، زنان، ژنتیک، تحقیقات و... پرداخته ولی در اینجا به دو موضوع کلی آن یعنی ارتباط پزشک با بیمار و رازداری می‌پردازیم.

ارتباط پزشک با بیمار

ارتباطات شغلی در پزشکی، بسیار مهم می‌باشند و شامل ارتباط بین پزشکان، پرستاران و بیماران و نیز مسایلی مانند رضایت گرفتن، راست‌گویی و رازداری می‌باشند.

رابطه پزشک با بیمار نباید به صورت رابطه حاکم و محکوم و یا پدر بر فرزند (پدرسالار) باشد؛ بلکه بهتر است رابطه پزشک و بیمار براساس آگاهی، اختیار و ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار بوده و پزشک مثل یک یاور و راهنما، در مشاوره و تصمیم‌گیری به بیمار کمک کند. اکثر بیماران مضطرب و نگران هستند. در صورتی که پزشک رابطه‌ی مناسبی با بیمار خود برقرار کند، می‌تواند به بسیاری از نگرانی‌های بیمار خود خاتمه دهد. پزشک همواره باید در قبال بیمار احساس مسئولیت کند و به بیمار، به عنوان انسانی که علاوه بر جسم، دارای روح و احساس نیز هست، نگاه کند.

پزشک باید نکات زیر را در رابطه با بیمار رعایت کند:

۱. احترام گذاشتن به بیمار
۲. رعایت ادب و خوش خلقی با بیمار
۳. راستگویی و رازداری در مشاوره با بیمار
۴. تواضع و فروتنی در مواجهه شدن با بیمار
۵. صبر و شکیبایی در برخورد با بیمار
۶. تصمیم‌گیری براساس منابع علمی و به کارگیری آن‌ها در درمان بیمار
۷. دادن امید و پرهیز از مایوس کردن بیمار
۸. توجه به احساسات بیمار
۹. پرهیز از تجویز داروها و اعمال مضر برای بیمار
۱۰. توجه به مسایل مذهبی و اعتقادی بیمار
۱۱. رعایت عدالت در مسایل مالی بیمار

رازداری^۱

بیمار بر اساس اعتمادی که به پزشک خود می‌کند، از او انتظار رازداری دارد. رازداری یک عمل با ارزش اخلاقی است و موجب افزایش اعتماد بین بیمار و پزشک می‌شود، همچنین رازداری باعث افزایش اعتبار شرح حال (گرفته شده از بیمار) می‌شود؛ به عبارت دیگر، اگر بیمار به پزشک خود اطمینان داشته باشد، تمام نکات و رازهای مربوط به خود و بیماری‌اش را در اختیار پزشک معالج خود قرار داده و از همین طریق به تشخیص و درمان خود کمک می‌کند.

در چه مواردی پزشک می‌تواند راز بیمار خود را افشا کند؟

در شرایط خاص زیر ممکن است پزشک مجبور به افشای اسرار بیمار شود:

۱. یک بیماری خاص که از طرف مراکز بهداشتی و برای حفظ منافع جامعه، گزارش‌دهی آن تاکید شده است (در صورت امکان از بیان نام بیمار خودداری شود).
۲. در برخی موارد براساس منافع جامعه و اطرافیان، پزشک می‌تواند راز بیمار را در پاسخ به مکاتبات اداری بر ملا کند؛ مثلاً بیمار مبتلا به صرع، قصد گرفتن گواهینامه رانندگی یا تصدی شغل‌های مهمی مثل خلبانی و... داشته باشد.
۳. از طرف مراجع قضایی، از پزشک درخواست افشای راز شود.
۴. افشای راز بیمار، به منظور ثبت و تجزیه تحلیل مدارک پزشکی در کمیسیون‌های پزشکی باشد.

^۱. confidentiality

رعایت اخلاق در مدارک پزشکی

حرفه‌ی مدارک پزشکی، در بالا بردن کیفیت و کارایی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نقش بسزائی دارد؛ این حرفه هنگامی از مقبولیت بیشتری برخوردار می‌گردد که از قوانین اخلاقی نیز پیروی نماید. به همین دلیل، پرسنل مدارک پزشکی باید نکات اخلاقی زیر را رعایت کنند:

۱. رفتار پرسنل مدارک پزشکی باید انعکاس دهنده راستی، صداقت و مسئولیت‌پذیری آنها در فعالیت‌های شغلی‌شان باشد.
۲. پرسنل مدارک پزشکی، باید به شأن و منزلت هربیماری به عنوان یک انسان احترام بگذارند.
۳. پرسنل مدارک پزشکی باید با سعی و تلاش خود، صلاحیت‌های فردی خویش را بالا برده تا بتوانند کیفیت خدمات ارائه شده را بهبود بخشند.
۴. پرسنل مدارک پزشکی نباید در کارهای غیر قانونی شرکت کرده و در صورت مشاهده‌ی اعمال غیر قانونی توسط همکاران، آن را به نحو مقتضی گزارش کنند.
۵. پرسنل مدارک پزشکی باید از قوانین و آئین‌نامه‌های سازمان که در راستای حفظ و ارتقاء منزلت مدارک پزشکی است، حمایت کنند.
۶. پرسنل مدارک پزشکی باید استفاده مناسب و مقتضی از اطلاعات مدارک پزشکی را برای مراجع معرفی شده و قانونی تسهیل نمایند.
۷. توصیه می‌شود پرسنل مدارک پزشکی، همواره حامی حرفه خود بوده و نسبت به آن احساس تعلق خاطر داشته باشند.
۸. پرسنل مدارک پزشکی باید از اصول محرمانه بودن مدارک پزشکی حمایت و پیروی کرده و افراد مجاز استفاده کننده از این اطلاعات را نیز (نسبت به اصل محرمانه بودن مدارک پزشکی) آگاه سازند.

مسئولیت‌های پرسنل مدارک پزشکی

یکی از مهم‌ترین مسئولیت‌های پرسنل مدارک پزشکی، رازداری است. اصل رازداری، اساس و محور جنبه‌های قانونی در ثبت و ضبط مدارک پزشکی است. برای محرمانه بودن مدارک پزشکی، کدهایی تعریف شده است که به جای اسم بیماری‌ها قرار گرفته و علاوه بر ایجاد امنیت در اطلاعات، باعث تسهیل استفاده از این داده‌ها می‌شود. اصول حفظ و نگهداری مدارک پزشکی باید به شکلی طراحی شود که ضمن رعایت امنیت اطلاعات، دسترسی به داده‌ها (حتی اطلاعات جزئی) نیز به شکلی آسان امکان‌پذیر باشد. علاوه بر این خط مشی‌ها، لازم است که از امنیت فایل‌ها و عدم دسترسی افراد غیر مجاز به آنها، اطمینان کامل حاصل شود؛ بر همین اساس، مدارک پزشکی باید در جایی نگهداری شود که تنها برای پرسنل مجاز، قابل دسترس باشد. اصول محرمانه بودن پرونده‌ها باید در هر زمانی، حتی هنگامی که پرونده برای مراقبت و درمان بیمار، در خارج از بخش مدارک پزشکی در گردش است، رعایت شود. بنابراین اصول اخلاقی در حفظ اسرار بیمار باید در هر وضعیت و در هر زمان رعایت گردد. این اصول باید از دسترسی افراد غیر مجاز به اطلاعات بیمار جلوگیری کند، ولی در عین حال طوری باشند که دسترسی به اطلاعات توسط افراد مجاز آسان باشد.

منابع فارسی

۱. مدارک پزشکی: تألیف ابادر حاجوی، ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران - تهران ۱۳۸۹ - چاپ سوم
۲. اخلاق پزشکی: تألیف دکتر باقر لاریجانی، ناشر: تهران
۳. اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک: تألیف دکتر محمد علی جوادی و همکاران. ناشر: موسسه فرهنگی حقوقی سینا
۴. قانون و حرفه‌ی پزشک: تألیف دکتر پویا دانشور، دکتر آرش قدوسی و دکتر فرزاد قشلاقی. ناشر: انتشارات رعنا، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۴

منابع لاتین

- 1-Ahmadian L, Cornet R, van Klei WA, de Keizer NF. Diversity in preoperative-assessment data collection, a literature review. *Stud Health Technol Inform* 2008; 136:127-132.
- 2-Antohti R, Ogescu C, Stefan L, Raureanu M, Onofriescu M, Toma M. Management of the electronic patient records in the web based platform for diagnosis and medical decision for optimization in healthcare-PROMED. *Stud Health Technol Inform* 2007; 127:98-107.
- 3-Berner ES, Detmer DE, Simborg D. Will the wave finally break? A brief view of the adoption of electronic medical records in the United States. *J Am Med Inform Assoc* 2005; 12(1):3-7.
- 4-Bernstam EV, Hersh WR, Johnson SB, Chute CG, Nguyen H, Sim I et al . Synergies and distinctions between computational disciplines in biomedical research: perspective from the Clinical and Translational Science Award programs. *Acad Med* 2009; 84(7):964-970.
- 5-Bott OJ. Health information systems: between shared care and body area networks. Findings from the Section on health Information Systems. *Yearb Med Inform* 2006;53-56.
- 6-Dudeck J. Changes in Medical Documentation over the Last Five Decades. *Stud Health Technol Inform* 2008; 134:255-263.
- 7-Dujat C, Haux R, Schmucker P, Winter A. Digital optical archiving of medical records in hospital information systems--a practical approach

- towards the computer-based patient record? *Methods Inf Med* 1995; 34(5):489-497.
- 8-Greenes RA, Shortliffe EH. Commentary: Informatics in biomedicine and health care. *Acad Med* 2009; 84(7):818-820.
- 9-Gremy F, Lelaidier J, Heve D. Is there anything new about the so-called "medical" record? *Methods Inf Med* 1996; 35(2):93-97.
- 10-Guard JR, Brueggemann RF, Fant WK, Hutton JJ, Kues JR, Marine SA et al. Integrated advanced information management systems: a twenty-year history at the University of Cincinnati. *J Med Libr Assoc* 2004; 92(2):171-178.
- 11-Harrison J, Booth N. Applying new thinking from the linked and emerging fields of digital identity and privacy to information governance in health informatics. *Inform Prim Care* 2003; 11(4):223-228.
- 12-Hasman A, Albert A. Education and training in health informatics: guidelines for European curricula. *Int J Med Inform* 1997; 45(1-2):91-110.
- 13-Hovenga EJ. Nursing informatics in Australia. *MD Comput* 1997; 14(2):119-25, 129.
- 14-Kaplan DM. Clear writing, clear thinking and the disappearing art of the problem list. *J Hosp Med* 2007; 2(4):199-202.
- 15-Knaup P. Electronic patient records and their benefit for patient care. Findings from the Section on Patient Records. *Yearb Med Inform* 2006;40-42.

- 16-Kroslak B, Jacobitz K, Dickmann P. [The problem oriented medical record]. *Methods Inf Med Suppl* 1972; 6:51-61.
- 17-Lindberg DA, Humphreys BL. Rising expectations: access to biomedical information. *Yearb Med Inform* 2008;165-172.
- 18-McGowan JJ, Overhage JM, Barnes M, McDonald CJ. Indianapolis I3 :the third generation Integrated Advanced Information Management Systems. *J Med Libr Assoc* 2004; 92(2):179-187.
- 19-Nebeker JR, Hurdle JF, Bair BD. Future history: medical informatics in geriatrics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(9):M820-M825.
- 20-Ozbolt JG, Saba VK. A brief history of nursing informatics in the United States of America. *Nurs Outlook* 2008; 56(5):199-205.
- 21-Peterson HE. From punched cards to computerized patient records: a personal journey. *Yearb Med Inform* 2006;180-186.
- 22-Pharow P, Blobel B. Security infrastructure services for electronic archives and electronic health records. *Stud Health Technol Inform* 2004; 103:434-440.
- 23-Pourasghar F, Malekafzali H, Kazemi A, Ellenius J, Fors U. What they fill in today, may not be useful tomorrow: lessons learned from studying Medical Records at the Women hospital in Tabriz, Iran. *BMC Public Health* 2008; 8:139.
- 24-Quaak MJ, Westerman RF, van Bommel JH. Comparisons between written and computerised patient histories. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 295(6591):184-190.

- 25-Staggers N, Thompson CB, Snyder-Halpern R. History and trends in clinical information systems in the United States. *J Nurs Scholarsh* 2001; 33(1):75-81.
- 26-Tange HJ. Consultation of medical narratives in the electronic medical record. *Methods Inf Med* 1999; 38(4-5):289-293.
- 27-Watson P. Health information management in Australia: a brief history of the profession and the Association. *HIM J* 2008; 37(2):40-46.
- 28-Wechsler R, Ancao MS, de Campos CJ, Sigulem D. [Computing in medical practice]. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79 Suppl 1:S3-12.
- 29-Weiner MG, Lyman JA, Murphy S, Weiner M. Electronic health records: high-quality electronic data for higher-quality clinical research. *Inform Prim Care* 2007; 15(2):121-127.
- 30-Wendt T, Haber A, Brigl B, Winter A. Modeling Hospital Information Systems (Part 2): using the 3LGM2 tool for modeling patient record management. *Methods Inf Med* 2004; 43(3):256-267.



Medical Records Writing Guide

Mansour Siavash MD

Associate professor of endocrinology
Isfahan University of medical sciences

Mohsen Bakhti MD

Director of clinical governance, Noor hospital
Isfahan University of medical sciences