کتابچه آموزشی توجیهی مدون بدو ورود فراگیران

مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین(ع)

کتابچه آموزشی توجیهی

مدون بدو ورود فراگیران

(دانشجو/اینترن/رزیدنت)

مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین(ع)

تاریخ تدوین اولیه : آذر ماه ۱۳۹۵

تاریخ آخرین بازنگری: شهریورماه ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری مجدد: شهریور ماه ۱۴۰۶

تاریخ ابلاغ : مهر ماه ۱۴۰۵

مشاورین تدوین ، تایید کنندگان و دریافت کنندگان کتابچه آموزشی توجیهی مدون بدو ورود فراگیران

ردیف	نام ونام خانوادگی	سمت	امضاء
۱	دکترمهدی قادریان	ریاست مرکز	
۲	دکتر معصومه عمومی	مدیریت مرکز	
۳	دکتر مهرداد حسین پور	معاون درمان مرکز	
۴	دکتر مجید خادمیان	معاون آموزشی مرکز	
۵	دکتر نازنین زیبانژاد	مسئول EDO	
۶	دکتر ندا حسینی/ دکتر مینا قاسمیان	مسئول رزیدنتی	
۷	دکتر منیرالسادات عمادالاسلامی/ دکتر نرگس زارع	مسئول اینترنی	
۸	دکتر رسول کرمانی/دکترنرگس نواب فر	مسئول دانشجویان پزشکی	
۹	دکتر فرامرز کلهر	مدیر پرستاری	
۱۰	دکتر نورا رفیعی	مسئول واحد بهبود کیفیت	
۱۱	راضیه یدالهی	کارشناس اعتباربخشی آموزشی	

فهرست مطالب :

ردیف	موضوع	گروه هدف	شماره صفحه
۱	**اصول اخلاق پزشکی**	**کلیه رده های فراگیران**	**۵**
۲	**آیین نامه پوشش حرفه ای دانشجویان**	**کلیه رده های فراگیران**	**٦**
۳	**رعایت حقوق گیرنده خدمت و مفاد منشور حقوق بیمار**	**کلیه رده های فراگیران**	**۱۰**
۴	**ایمنی بیمار وپزشک ،مدیریت خطا و خطر و گزارش دهی خطاها**	**کلیه رده های فراگیران**	**۱۱**
۵	**آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد**	**کلیه رده های فراگیران**	**۱٤**
۶	**استدلال بالینی**	**کلیه رده های فراگیران**	**۱۹**
۷	**الزامات نظام بیمه ای درمانی**	**رزیدنت ها (دستیاران) و فلوها**	**۲۳**
۸	**دستور العمل نحوه پذیرش بیمار در درمانگاه و اورژانس**	**کلیه رده های فراگیران**	**۲۵**
۹	**راهنمای مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی آموزش مدارک نوشتاری(شرح حال ،سیر بیماری، خلاصه پرونده و ...)**	**کلیه رده های فراگیران**	**۲٦**
۱۰	**راهنمای بالینی اولین ویزیت بیماران در مرکز**	**کلیه رده های فراگیران**	**٤۷**
۱۱	**محدوده زمانی ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک، پرستار، پزشک مقیم ، آنکال، مشاوره‌ها و تکمیل برگه شرح حال**	**کلیه رده های فراگیران**	**۵۱**

اصول اخلاق پزشکی

چارچوب رایج در تحلیل اخلاق پزشکی روش بکارگیری «اصول ۴ گانه» است که توسط تام بیوچامپ و جیمز چیلدرس در کتابشان بنام «قوانین اصول اخلاق زیستی پزشکی» فرض مسلم دانسته شده است. این روش ۴ اصل اخلاقی اولیه و ساده را شناسایی می کند که در تعامل با یکدیگر سنجیده و داوری می شوند و توجه فرد را به سمت حدود و وسعت کاربردشان جلب می کنند. این چهار اصل عبارتند از:

۱. **احترام به خود مختاری و استقلال فردی یعنی بیمار حق دارد روش درمان خود را انتخاب کند یا از آن امتناع کند.**
۲. **سود رسانی یعنی فرد شاغل در این حوزه باید به نفع بیمار و سود او عمل کند.**
۳. **عدم ضرر رسانی یعنی به فرد آسیبی وارد نشود.**
۴. **عدالت یعنی مسائل مربوط به توزیع منابع بهداشتی درمانی کمیاب و تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه کسی چه درمانی را دریافت می کند، عدالت و انصاف و برابری رعایت گردد.**

دیگر معیارهایی که گاهی اوقات مورد بحث قرار می گیرند عبارتند از:

- احترام گذاشتن به افراد یعنی بیمار حق دارد که با حفظ شأن و احترام تحت درمان قرار گیرد.
- راستگویی و صداقت و اخذ رضایت آگاهانه

آئین نامه پوشش حرفه ای فراگیران

(مصوب جلسه شورای آموزشی دانشگاه مورخ ۹۵/۴/۱)

الزامات اجرای آئین نامه پوشش حرفه ای دانشجویان

از آنجایی که فراگیران در محیط های آموزشی با بیماران و همراهان آنان با فرهنگ های مختلف مواجه می شوند، ظاهر و رفتار آنان تاثیر بسیار مهمی در نوع برقراری ارتباط با آنها خواهد داشت. بنابراین قبل از ایجاد ارتباط درمانی با مراجعین، باید فرد از ظاهری آراسته و اخلاق مناسب و در خور شأن جامعه پزشکی برخوردار باشد.ایجاد یک تصویر مناسب پوشش حرفه ای می تواند تاثیر بسزایی در گسترش فضای اعتماد متقابل بین بیمار و درمانگر و همچنین ایجاد سلامت روانی در محیط های آموزشی و افزایش منزلت انسانی داشته باشد. لذا دانشجویان بایستی به منظوررعایت استانداردهای حقوق خدمات گیرندگان وهمراهان وی متون این آیین نامه واخلاق حرفه ای را که با استفاده از مفاد نامه شماره ۱۰۰/۸۵۰ مورخ ۹۱/۵/۲۶ وزارت متبوع وبر اساس مشورت با شورای مشاورین جوان دانشکده ها تنظیم گردیده، مطالعه وبه آن عمل نمایند.

تعاریف :

۱- دانشجو: کلیه فراگیران مقاطع مختلف تحصیلی:شامل کاردانی،کارشناسی،کارشناسی ارشد، دکتری حرفه ای و دستیاران که در محیط های آموزشی درمانی در حال فراگیری وارائه خدمت هستند.

۲- پوشش: منظور لباس و ظاهر مناسب دانشجو است که باید با الگوی اسلامی / حرفه ای، محیط و فرهنگ دانشگاه و مراکز آموزشی و درمانی تناسب داشته باشد بطوریکه نشانگر تفاوت محیط دانشگاه با سایر محیطها و بیانگر استانداردهای دانشگاه باشد.

مدرک شناسایی :

دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی موظفند به منظور شناخته شدن در تیم سلامت، اقدام به الصاق مدرک شناسایی عکس دار(اتیکت)، شامل نام و نام خانوادگی و مقطع تحصیلی (دانشجو ، انترن، دستیارو...)، ممهور به مهر دانشکده در جلوی لباس نمایند به نحوی که به راحتی از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد.

تبصره : طرح محتوا و رنگ زمینه مدرک شناسایی جهت هر رشته و مقطع تحصیلی توسط دانشکده های مربوطه مشخص می گردد و قبل از ورود دانشجو به محیط های بالینی(برای یک نوبت در هر مرحله تحصیلی) توسط اداره آموزش دانشکده ها به دانشجو تحویل داده خواهد شد.

شاخص های پوشش حرفه ای دانشجویان در محیط های آموزشی و پژوهشی

پوشش حرفه ای باید کامل و براساس شئون اسلامی ومتناسب با شرح وظایف حرفه ای دانشجو باشد که این شاخص ها عبارت است از:

الف) مقنعه(برای خواهران) : با ضخامت و اندازه مناسب وپوشش کامل موی سر.

ب) شلوار : تا روی مچ پا، با رنگ مناسب و اندازه متعارف به نحوی که تنگ وکوتاه نباشد.

ج) روپوش: سفید، ساده، دارای آرم دانشگاه و بدور از مدلهای غیرمتعارف، سالم، تمیز، با دکمه های بسته، اتوکشیده وحداقل تا زیر زانو باضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. تنگ یا خیلی گشاد، کوتاه یا خیلی بلند مجاز نیست.

تبصره: در بخشهای ویژه، آنژیوگرافی، اتاق عمل، فضاهای استریل، نوزادان و بخشهای مشابه، دانشجو مکلف به رعایت پوشش حرفه ای مخصوص این بخشها (مطابق ضوابط معاونت درمان دانشگاه) میباشد.

د) کفش:بایستی ساده، تمیز، جلوبسته باشد ونکات ایمنی متناسب باحرفه درآن لحاظ شود(ترجیحاً طبی باشد). باپاشنه متعارف وبدون صدا به نحوی که هنگام راه رفتن ایجادصدای آزار دهنده ننماید.

تبصره: در موارد لزوم، شاخص ها با رعایت کلیات این آئین نامه از طرف شورای آموزشی دانشکده ذیربط با جزئیات بیشتری تعیین خواهد شد.

سایر موارد:

- پوشیدن چکمه روی شلوار، دمپایی و صندل در محیط های آموزشی بالینی، پژوهشی مجاز نیست.

- استفاده از لباس، کیف، کفش، جوراب، شال، دستمال گردن، کمربند، انگشتر و کلاه هایی که غیر متعارف ودارای نقوش، نوشته ها ویا علائم گروههای غیر مجاز باشد ممنوع است.

- ناخن هاباید کوتاه، تمیز، پیراسته و بدون هیچ گونه تزئینی باشد. بطوری که در زمان معاینه و مراقبت از بیمار، موجب رنجش ایشان نشود. استفاده از ناخن مصنوعی ممنوع است.

- انجام هرگونه آرایش و خالکوبی که در معرض دید باشد ممنوع است.

- استفاده از عطر و ادکلن با بوی تند و غیر متعارف ممنوع است.

- پیرایش موی سر و صورت (برای برادران) باید ساده ومطابق عرف معمول جامعه باشد.

مسئول نظارت، پیگیری و اجرای مقررات وضوابط آیین نامه

مسئولیت حسن اجرای این آیین نامه با معاونین آموزشی پژوهشی مراکز ومعاونین آموزشی دانشکده ها با همکاری رؤسای بخش ها، اساتید بالینی وسرپرستاران میباشد.

نحوه رسیدگی به تخلف ازموارد ذکرشده دراین آیین نامه

در صورت عدم رعایت هریک از شاخص های پوشش حرفه ای، مراحل زیر انجام خواهد شد:

الف)برای اولین بار، تذکرشفاهی ازطریق اساتید مربوطه به دانشجو ودر زمان عدم حضور ایشان توسط سرپرستار به عنوان مرجع اصلی در محیط های بالینی(بیمارستانی) ورئیس یا مسئول واحد در مراکز بهداشتی درمانی ودر صورت عدم توجه به تذکر داده شده، جلوگیری از حضور دانشجو در بخش واطلاع به معاونین آموزشی دانشکده ها ویا معاونت آموزشی وپژوهشی مرکز.

ب) تذکرکتبی ازطریق معاونین آموزشی دانشکده ها ویا معاونت آموزشی پژوهشی مرکزوثبت درپرونده دانشجو.

ج) در صورت تکرار وعدم رعایت موارد تذکر داده شده، ارجاع دانشجوبه شورای انضباطی دانشجویان وممانعت از حضور در بخش تا زمان اعلام نظر آن شورا ازطریق معاونین آموزشی دانشکده ها ویا معاونت آموزشی پژوهشی مرکز.(تبصره: با تخلفات کاروورزان ودستیاران بر اساس آئین نامه مربوطه برخورد خواهد شد.)

رعایت حقوق گیرنده خدمت و مفاد منشور حقوق بیمار

منشور حقوق بیمار

بیمار حق دارد:

۱- در سریعترین زمان ممکن خدمات مطلوب را مطابق ارزشهای انسانی و ... بیمار دریافت نماید.

۲- اطلاعاتی در زمینه نام و رتبه اعضای گروه پزشکی و پرستاری و نحوه دسترسی به پزشک معالج و کلیه اقدامات درمانی دریافت نماید.

۳- در دریافت خدمات سلامت انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه دارد.

۴- محتوی پرونده پزشکی محرمانه نگه داشته شود.

۵- پزشک و دیگر تیم درمانی نسبت به اطلاعات بیمار رازداری داشته باشند.

۶- همراهی یکی از والدین در تمام مراحل درمانی حق کودک است مگر اینکه برخلاف ضرورت پزشکی باشد.

۷- در صورت شکایت بیمار به مشکلات وی رسیدگی بشود و در عین حال خللی در روند درمان وی ایجاد نشود.

کلیه فراگیران در رده های مختلف موظفند بر اساس حقوق گیرنده خدمت :

- در اولین ویزیت خود را به بیمار/همراه معرفی نمایید.
- اطلاعات در مورد روش های تشخیصی، درمانی، عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و ... را برای بیمار/همراه ارائه نمایید.
- اطلاعات در مورد پروسیجرهای تهاجمی و اعمالی که نیازمند دریافت آرام بخشی عمیق و متوسط هستند شامل عوارض، درمانهای جایگزین، فواید و ... به بیمار/همراه ارائه نمایید.
- حریم خصوصی بیمار را رعایت نمایید.
- اصل رازداری بیمار را رعایت نمایید .

ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می شود.

ایمنی بیمار از نظر WHO یعنی اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه مرتبط، با خدمات مراقبت سلامت است.

آژانس بین المللی ایمنی بیمار در سال ۲۰۰۳ ، ایمنی بیمار را فرآیندی تعریف کرد که به موجب آن بیمارستان ایمنی بیشتری برای بیمارش ایجاد می کند.

بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است :

- ارزیابی ریسک
- شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار
- گزارش دهی و تحلیل حوادث
- ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خطا

پتانسیل ایجاد خطا یک چالش دائمی برای ارائه خدمات بهداشتی ایمن و مناسب می باشد. وقتی که مسائل رو به خطا پیش رود (به سمت ایجاد مشکل سوق یابد)، یا در بعضی از موارد از بعضی مسائل اجتناب شود، فرصتی بری بیماران، تیم ها و سازمانها برای شناسایی علت اتفاق می باشد و در اینجا نیازمند فعالیتی برای بهبود ایمنی بیمار هستیم.

خطای فعال (active): خطای فعال خطایی است که بالفعل بوده و رخ داده است.افراد از خطاهای فعال بیشتر آگاهی دارند چون بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیماران می گذارند.

خطاهای مخفی (latent): خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرآیندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت به وقوع می پیوندند. این نوع از خطاها اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سال ها مخفی بمانند تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکار کند.

نزدیک به خطا (Near-Miss/Close Call) اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف شده و روی نداده است.

انواع سیستم های گزارش دهی

- ✓ سیستم های گزارش دهی اختیاری خطا: برای شناسایی خطاهایی که به آسیب جدی منجر نشده اند (حوادث بدون عارضه و موارد نزدیک به خطا) به کار می روند.
- ✓ سیستم های گزارش دهی اجباری خطا: بیشتر برای خطاهایی که منجر به آسیب جدی شده اند بکار می رود و یک دایره ی قانونی که جزیی از پیکره ی دولت است موظف به گزارش آنها می باشد. این گونه خطاها که توسط فرایند ممیزی قابل کشف هستند، تنبیه های قانونی به دنبال دارند و جامعه حق دارد که در مورد آنها اطلاع داشته باشد. بطور کلی خطاهایی که کادر درمانی شامل (پزشک، پرستار، ماما، تکنسین اتاق عمل، تکنسین بیهوشی، بهیار و کمک بهیار) ملزم به گزارش دهی آنها می باشند مانند جراحی روی عضو اشتباه

رویکرد ارزیابی خطا های کارکنان و فراگیران در مرکزآموزشی درمانی کودکان امام حسین(ع):

در واقع مدیریت خطر در حوزه سلامت یعنی انجام فعالیتهای بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان با رویکرد پیشگیرانه (آینده نگر) و مدیریت خطا انجام اقدامات و فعالیتهایی در راستای شناسایی، ارزیابی و تحلیل خطاها با رویکرد واکنشی (گذشته نگر)

تحلیل ریشه ایی خطا (Root Cause Analysis)

از اواخر دهه 1990 یکی ازروش های مدیریت خطر بالینی تحلیل ریشه‌ای خطا مطرح شد که به بررسی سوالاتی مانند چه اتفاقی، چگونه و چرا رخ داده می پردازد مطرح و برای بهبود ایمنی بیمار با تمرکز بر یادگیری از اشتباهات و پیشگیری از خطاها و آسیب ها با شناخت علل ریشه‌ای خطاها مورد استفاده قرار گرفت.

تحلیل ریشه ای فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت (علل) واقعی یک مساله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت (علل) می باشد. RCA در واقع بخشی از فرایند بهبود ایمنی و کیفیت است که به یادگیری و رشد سیستم کمک می کند.

تکنیک تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن (FMEA)

رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در فرایند طراحی و تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت (با هدف پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست) است. این روش برای کم کردن اثرات بالقوه ی بروز خطاست که امکان اولویت بندی اقداماتی را برای کاهش یا حذف این حالات شکست به وجود می آورد. در واقع این روش، روشی سیستماتیک برای رویارویی با مشکلات، چالش ها، خطاها و شکست ها به منظور یافتن راه هایی برای بهبود این موارد می باشد:

- ایمنی پزشک و فراگیران در هنگام مواجهه شغلی
- تماس شغلی یا مواجهه شغلی ممکن است از هریک از طرق زیر اتفاق بیفتد:
- آسیب پرکوتانئوس (نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده)
- مخاطات (مانند چشم و دهان)
- پوست غیر سالم (بریدگیها، خراشیدگیها و...)
- **پیگیری ها پس از نیدل استیک (مواجهه شغلی):**
- زخم یا محل آسیب را با آب و صابون شستشو نمائید.
- محل ورود شی ء را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود. چشمها و دهان را با آب معمولی یا نرمال سالین بشوئید.
- از فشردن یا مکیدن محل آسیب خودداری نمائید.
- آسیب را فورا به سوپروایزر بالینی گزارش نموده و فرم مواجهه شغلی را تکمیل نمائید.
- آلودگی بیمار را با ارسال آزمایشات HCV Ab، Hbs Ag و HIV Ab تعیین نمائید و مواجهه ی شغلی را به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع رسانی نمائید
- ***پیشگیری از هپاتیت B قبل از تماس***
- جهت پیشگیری از هپاتیت B قبل از تماس می بایست از روش واکسینه نمودن علیه هپاتیت B بصورت تزریق عضلانی در عضله ی دلتوئید در سه نوبت ۰، ۱ و ۶ ماه استفاده نمود ؛ ۲-۱ ماه پس

از واکسیناسیون کامل انجام سرولوژی Hbs Ab جهت اطمینان از پاسخ ایمنی ۱۰۰ miu/mL ضروری است.

آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد Evidence-Based Education (EBE)

آموزش مبتنی بر شواهد تلفیق دانش حرفه ای با بهترین شواهد تجربی در تصمیم گیری درباره نحوه ارائه آموزش است. در تعریفی دیگر، کاربرد هوشمندانه بهترین شواهد، برای تصمیم گیری درباره نوع تجربه آموزشی قابل دسترسی برای دانشجویان است.

آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد BEsT Evidence in Medical Education (BEME)

آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد، نهادی متشکل از اعضایی از سرتاسر جهان می باشند که ارزیابی استراتژی های مختلف در حوزه آموزش پزشکی را با استفاده از مرور نظام مند بر عهده دارد تا از این طریق فرآیند استفاده از بهترین شواهد تسهیل گردد. هدف غایی این نهاد، ایجاد و ترویج فرهنگ استفاده از بهترین شواهد به جای استفاده از نظرات شخصی در تصمیم گیری های آموزشی است.

تعریف : آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد، یعنی این که روشها و رویکردهای آموزشی بر پایه بهترین شواهد موجود، انتخاب و به کار گرفته شوند.

برای درک بهتر مفهوم آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد، می توان طیفی هرمی شکل را در نظر گرفت که در قاعده (پایین ترین سطح) آن تصمیم گیری بر مبنای نظرات شخصی و عقاید است و در قله طیف، تصمیم گیری بر مبنای بهترین شواهد موجود انجام می شود. در بین دو سوی طیف،

تحقیقاتی که منبع ایجاد شواهدند بر حسب نوع مطالعه و میزان قوت نتایج آن، به ترتیب در هرم شواهد قابل توزیع اند. به کارگیری شواهد در بالاترین سطح آن و در آخرین سمت طیف، یعنی تصمیم گیری براساس نتایج یک مرور نظام مند (Systematic Review) و یا مطالعات متعدد، احتمال خطا را می تواند تا حد زیادی کاهش دهد.

بخاطر داشته باشیم :

ایفای نقش آموزشی نیز مانند نقش درمانی و پژوهشی نیاز به شواهد علمی دارد و تصمیم گیری بر مبنای نظرات و اعتقادات شخصی می تواند منجر به انحراف آموزش شود.

مراحل به کارگیری آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد

۱- طراحی پرسش کلیدی

با طراحی یک سوال دقیق و مشخص کردن کلمات کلیدی سوال باید به دنبال جستجو در منابع مناسب باشیم.

۲- جستجو در منابع

یافتن بهترین شواهد ابتدا با جستجوی مقالات مروری نظام مند شروع می شود.

BEME Collaborationیک سازمان بین المللی است که با در دسترس قرار دادن مقالات مروری سیستماتیک در آموزش پزشکی، نقش مهمی در حمایت و گسترش BEME دارد.

۳- ارزیابی نقادانه شواهد

در هنگام به کارگیری شواهد با توجه به این که مقالات مروری بالاترین سطح شواهد هستند، می

توان با اطمینان بیشتری بر مبنای آن ها مداخلات را مدیریت کرد. اما باید توجه داشت که بر خلاف حوزه پزشکی، در حوزه آموزش هنوز تحقیقات در مراحل اولیه می باشد و کیفیت پژوهش های انجام شده با توجه به متدولوژیهای به کارگرفته شده در آن ها بسیار متفاوت است.

ارزیابی نقادانه، روشی ساختارمند برای بررسی مقالات حاصل از جستجو است. برای قضاوت در مورد شواهد، مجموعه ای از معیارها پیشنهاد شده است (QUESTS)؛ کیفیت انجام مطالعه (Quality)، میزان بکارگیری یک روش یا مداخله آموزشی در موقعیت دیگر (Utility)، سطح روش مطالعه (Extent)، استحکام مطالعه (Strength) و سطح هدف (Target) از جمله این معیارها می باشند.

علی رغم این که نقد مقالات با استفاده از معیارهای کیفیت، سطح روش مطالعه، استحکام و سطح اهداف مطالعه به انتخاب بهترین شواهد کمک می کند ولی باید به فاکتورهای متعدد محیطی که بر نتایج مداخله تأثیر گذار است دقت شود که فرهنگ سازی و ایجاد محیط مناسب برای تغییرات از جمله شرایط موفقیت مداخله است.

۱-۱- معیارهای مورد استفاده برای ارزشیابی شواهد غیرمروری در حوزه آموزش

سطح روش مطالعه	وسعت شواهد چیست؟ نحوه دهی شواهد بر اساس این معیار با طیف زیر انجام می‌شود:
	۱- شواهد مبتنی بر قضاوت حرفه‌ای و اعتقادات فردی (professional judgment and beliefs)
	۲- شواهد مبتنی بر اصول تربیتی (educational principles)
	۳- شواهد مبتنی بر تجارب و مطالعه موردی (experience and case study)
	۴- شواهد مبتنی بر مطالعات غیر تجربی (non-experimental study)
	۵- شواهد مبتنی بر مطالعات نیمه تجربی (quasi-experimental study)
	۶- شواهد مبتنی بر مطالعات تجربی کنترل شده (controlled study)
کیفیت انجام مطالعه	شواهد چقدر کیفیت دارد؟
	- شکل‌گیری مطالعه بر مبنای مرور مطالعات مناسب و نه فقط بر مبنای نظری‌های آموزشی
	- مناسب بودن نمونه‌گیری و میزان پاسخ دهی
	- شفاف بودن نحوه جمع آوری داده‌ها و روا و پایا بودن ابزار
	- توضیح شفاف روش تجزیه و تحلیل و امکان تکرار پذیری آن برای مطالعه مجدد
	- اثبات روایی، پایایی و میزان تعمیم پذیری نتایج
	- نتیجه‌گیری صحیح بر مبنای یافته‌ها
استحکام مطالعه	استحکام شواهد چقدر است؟
	- تفاوت آماری
	- قدرت مطلق یا نسبی
سطح اهداف	هدف مطالعه چیست؟ چه چیزی اندازه‌گیری شده است؟ چقدر شواهد روایی دارد؟

- پیاده سازی شواهد، ایجاد تغییر و ارزشیابی

استاد باید قضاوت کند که آیا شواهد برای زمینه یا محیطی که می خواهد در آن مداخله انجام دهد، مناسب است؟

مراحل پیاده سازی شواهد پژوهشی و BEME در محیط واقعی:

۱- برآورد هم خوانی محیط و زمینه Context: در این مرحله، مسؤولیت تصمیم گیری به استاد واگذار می شود. در واقع در این مرحله بر اساس بررسی مطابقت زمینه یا محیط عملکرد فرد با محیط مطالعاتی که بررسی کرده است، و بر پایه قابلیت روش مطالعه برای استفاده در موقعیت جدید بدون آنکه نیاز به دستکاری در روش مطالعه باشد انتقال پذیری شواهد را در موقعیت جدید می سنجد .

۲- برآورد امکان پیاده سازی تغییر و برنامه ریزی بر اساس آن

۳- اجرای تغییر بر اساس بومی سازی شواهد

۴- ارزشیابی تغییر انجام شده بر اساس برون داد

برنامه آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد، باید به عنوان قسمت مهمی از آموزش دانشجویان در نظر گرفته شود؛ در این قسمت هم دانش پزشکی مبتنی بر شواهد و هم مهارت باید به دانشجویان آموزش داده شود.

آموزش استدلال بالینی

استدلال بالینی (Clinical Reasoning)چیست ؟

استدلال بالینی توانایی رسیدن به تشخیص با هدف ارائه ی یک استراتژی درمانی مناسب بر اساس اطلاعات ارائه شده و بدست آمده از بیمار است . آموزش دهندگان معتقدند که این مهارت یک مهارت اصلی در مورد توانمندی های پزشکان میباشد.

طبیعت کار استدلال بالینی چیست؟

تکلیف دانشجو در این جا ساده نیست. نخست این که مشکلی که به دنبال آن هستیم، واضح نیست و باید از میان نگرانیهای بیمار جدا شود. بیمار اغلب مشکل حاضر را به صورت بیماری و در عبارتی به شکل باز و نامتمایز تعریف میکند، در حالی که وظیفهٔ پزشک محدود کردن و تمرکزبر یک مشکل است. دوم این که، ممکن است دادههای موجود برای حل مشکل، از نظرکمیت و ویژگی، کافی نبوده یا غیر معتبر و بی ثبات باشند، یا این که مخفی بوده و فقط با کاوشهای خاص آشکار شوند.سوم این که، ممکن است بیماری در مراحل ابتدایی، خفیف و یا درحال بهبود باشد، بنابراین امکان دارد تصویر بالینی درستی را مشخص نکند. چهارم اینکه، رسیدن به علت از طریق معلول وظیفه ای است که برعهده پزشک است و ممکن است روشهای خاصی جهت افزایش اثربخشی آن موجود باشد. پنجم اینکه، وظیفه تشخیص به یک «نام »ختم شده و سپس در یک طبقه بندی قرار داده شود.

ششم اینکه، وظیفه پزشک نـه تنهـا نـام بـردن بیمـاری اسـت، بلکـه بایـدوسعت، شدت، اثرات و حتی علت آن را نیز ذکر کند. همچنین بیمـاریهـای خطرناک مشـابه بایـد متمـایز گردنـد. گامهای فرآیند بالینی تعامل بالینی دارای سه مرحله ی مهم به این ترتیب میباشد: ۱) مشـکلی کـه با آن سر و کار داریم چیست، ۲)یافتن توضیح در مورد مشکل ۳) سرانجام تصمیم گیری در مورد آن چه که باید انجـام شـود. ایـن مراحـل مشـخص یـا لزوماً منظم نیستند.

اهمیت استدلال بالینی

استدلال بالینی جزء اصلی توانمندیهای یک پزشک محسوب می شود . استدلال بالینی را باید به فراگیران پزشکی ، آموزش داده و به عنوان یک مهارت مورد آزمون قرار داد.

انواع استدلال بالینی

استدلال فرضیه ای از جزء به کل (استدلال رو به عقب)نیز می گویند .

مثال : بیماری با سیانوز مراجعه نموده است . فراگیر فهرست تمام بیماریهایی را که می توانند درد قبلی ایجاد کنند را استخراج و مشخصات تک تک بیماری ها را با وضعیت بیمار مطابقت می دهد تا در نهایت به تشخیص برسد.استدلال از کل به جزو مبتنی بر نقشه کلی (استدلال رو به جلو) در استدلال از کل به جز و مبتنی بر نقشه کلی ، فراگیر برای رسیدن به تشخیص از یک رویکرد رو به جلو و الگوریتم وار تبعیت میکند تا به تشخیص برسد.

شناسایی الگو :یعنی مجموعه ای از علائم و نشانه ها الگویی را ایجاد می کنند که فرد آنها را به دلیل تجربه ی زیاد (توام با دانش لازم)شناسایی می کند.

روشهای استدلال بالینی

کار واقعی پزشکان را می توان تحت سه روش اصلی شناختی خلاصه کرد:

۱. شناخت الگو (شهودی)

زمانی که یک تصویر(تابلو) بالینی به طور قوی علامت مشخصهٔ یک بیماری است (لنگیدن ناشی از یک ضربه، نگاه خیره ناشی از اگزوفتالمی ، رنگ و شکل ملانوما، از حال رفتن ناشی از افسردگی، حالت صورت ناشی از پارکینسون)، شناخت از طریق الگوی ذخیره شده در «حافظه بالینی »به قدری سریع انجام میشود که تحت عنوان «شناخت شهودی یا درک مستقیم »می باشد.

۲. کاوش تشخیصهای موقت (قیاسی یا استنتاجی)

۲. زمانی که مشخصات بالینی مطرح کننده یک تشخیص می باشد، بررسی ویژگیهای دیگر مورد انتظار و مشخصات دیگر آن دستهٔ تشخیصی از طریق یک بررسی قیاسی (اگر- پس) شروع می شود. کاوش به همراه توضیح تجربی یا فرضیه تشخیصی به پیش می رود. زمانی که احتمال فرضیه های بیشتری مطرح است، بررسی ممکن است به دنبال شواهد مثبت هر کدام باشد یا بر روی خصوصیاتی که باعث تمایز فرضیه ها میشود، تمرکز کند.

۳. بررسی سیستماتیک (استقرایی)

زمانی که نشانه های موجود کم و غیراختصاصی باشند، هر سیستم بدن به نوبت مورد بررسی و معاینه قرار می گیرد به امید آن که شواهدی برای توضیح یافت شود .

ارزیابی مهارت استدلال بالینی

برای ارزیابی این مهارت و توانایی رسیدن به تشخیص می توان از فهرست اندیشیدن تشخیص استفاده نمود. این فهرست یک پرسشنامه ای است که فرد خود به آن پاسخ می دهد و استدلال بالینی را مورد ارزیابی قرار می دهد .

دو دسته توانمندی در این ابزار اندازه گیری میشود:

الف - انعطاف پذیری در اندیشیدن) منظور استفاده از روشها و فرآیندهای مختلف اندیشیدن در حین فرآیند تشخیصی است.

ب- ساختار داشتن حافظه) منظور در دسترس بودن اطلاعات داخل حافظه در هنگام فرآیند تشخیصی است.

برخی منابع توصیه می کنند که ترکیب نمودن استدلال رو به عقب و استدلال رو به جلو به گونه ای که از استدلال رو به عقب آغاز و با استدلال رو به جلو پایان دهیم. بهترین حالت برای آموزش استدلال بالینی است . برخی دیگر نیز روش شناسایی الگوهها و آموزش بیماریها بر اساس تظاهرات بالینی آنها را توصیه می کنند.

عواملی که منجر به کسورات می شود :

- نداشتن استحقاق درمان

- کامل نبودن شرح عمل، مشاوره ها و دستورات پزشکی توسط پزشک

- مهر و امضاء رزیدنت سال ۱ و ۲ بر روی برگه مشاوره، ویزیت و ..

- درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح الزامی است و جز اسناد مهم محسوب می شود و در صورت عدم درج زمان در شرح عمل ۱۰ درصد حق العمل جراح بصورت غیرقابل برگشت کسر می گردد.
- زمان شروع و اتمام بیهوشی و مدت زمان ماندگاری در ریکاوری می بایست حتما ثبت گردد.

در جراحی های متعدد به وسیله یک یا دو جراح درصد کدهای جراحی باید مطابق دستورالعمل وزارتخانه اعمال گردد. استفاده از ابزار و دستگاه های High Tec در شرح عمل به همراه متد عمل می بایست ذکر گردد. ذکر اعمال جانبی یک عمل جراحی نیز می بایست ذکر گردد.

کدهای تعدیلی بیهوشی باید مطابق دستورالعمل های وزارتخانه اعمال گردد.

مشاوره های منجر به جراحی برای جراح قابل محاسبه بوده لیکن ویزیت در پرونده های جراحی قابل درخواست و اخذ نخواهد بود .

ویزیت منجر به بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.

برای بیمارانی که در بخش ویزیت می شوند فقط یک ویزیت برای یک روز تعلق می گیرد. چنانچه پزشک معالج تشخیص دهد که پزشک دیگری بیمار را ویزیت نماید می بایست درخواست مشاوره نماید تا برای پزشک دوم مشاوره حساب شود ؛ حداکثر مشاوره قابل پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره با تخصص های مختلف و حداکثر ۳ مشاوره از یک تخصص می باشد ؛مشاوره های بیش از تعداد مجاز تحت عنوان مشاوره نوبت دوم درخواست و پرداخت می گردد .

- عمل هایی که جنبه زیبایی داشته باشد در تعهد بیمه نیست.

در خصوص اینکه جراح مسئول بیمار به هر علت نیاز به کمک جراح داشته باشد ۲۰ درصد به ارزش نسبی نهائی با رعایت شرایط ذیل اضافه می شود:

۱- در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح به رزیدنت های سال ۳و بالاتر و اتند دوم تعلق می گیرد.

۲- در مراکز غیرآموزشی کمک جراح فقط می تواند متخصص مرتبط باشد.

لیست اعمال جراحی که نیاز به کمک جراح دارد توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اعلام خواهد شد و تا زمان اعلام لیست، خدمات زیر ۳۰ کا مشمول این کد تعدیلی نمی باشد. بدیهی ست جهت خدماتی که بر اساس عملکرد گذشته مراکز درمانی کمک جراح درخواست نمی شده است این کد قابل گزارش و محاسبه نمی باشد.

دستور العمل نحوه پذیرش بیمار در درمانگاه و اورژانس

پذیرش و ویزیت بیمار در درمانگاه و اورژانس مطابق دستورالعمل استحقاق سنجی (پذیرش الکترونیک و حذف فیزیکی دفترچه های بیمه) انجام می پذیرد.

الزامات:

* بیمه شده حتما می بایست دارای کدملی باشد.

* بیمه شده الزاما می بایست دارای اعتبار بیمه درمانی باشد.

مراحل :

۱- ثبت کدملی در سامانه نسخ الکترونیک بیمه تامین اجتماعی ، بیمه سلامت و ...توسط متصدی پذیرش

*بیمه سلامت شامل بیمه کارمندان دولت، سایر اقشار، همگانی، روستایی و ایرانیان می باشد

۲- پذیرش بیمار توسط پزشک معالج در سامانه نسخ الکترونیک

۳- ثبت نسخه توسط پزشک معالج

۴- مراجعه بیمار به واحدهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه و...) و ارائه کد ملی برای بیمه شدگان تامین اجتماعی و برای بیمه شدگان سلامت کد پیگیری و کد ملی

راهنمای مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی : آموزش مدارک نوشتاری(شرح حال ،سیر بیماری، خلاصه پرونده و ...)

در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین، غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار مهم ترین ابزار ذخیره و باز یابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است و بیانگر کلیه اطلاعات مربوط به تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص ها، آزمایشات، معاینات، روش های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و ... می باشد.

در مجموع می توان کاربردهای پرونده های پزشکی را بصورت زیر بیان کرد :

- به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
- به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند
- به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ به درمان بیمار
- به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
- پیشتبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
- به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
- به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی
- جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- به عنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
- کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی(به خصوص رشته های پزشکی و پرستاری (پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخ گوی تمامی کابردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد، که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند. لذا کیفیت یک پرونده پزشکی، دقیقا وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط

تکمیل کنندگان فرم های مدارک پزشکی(مستند سازان) ثبت میشود. تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم های مدارک پزشکی، می توان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد. بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است . با توجه به اهمیت مستندسازی فرم های مدارک پزشکی، در سال های گذشته برخی از دانشگاه ها، بیمارستان ها بصورت پراکنده، اقدام به تهیه مطالبی در این خصوص نموده بودند اما یک دستورالعمل جامع در این خصوص در کشور وجود نداشت. بنابراین با هدف کمک به استانداردسازی فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی در کشور، این دستورالعمل تهیه شده است. در این دستورالعمل به مستندسازی فرم های مهم پرونده های پزشکی که دارای اهمیت درمانی، قانونی و تحقیقاتی بیشتری هستند، اشاره می شود.

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

جدا از مشکلات مربوط به ساختار و محتوای فرم های پرونده های پزشکی در کشور، یکی از مشکلات عمده در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، ثبت ناقص اطلاعات است. با وجود اهمیت زیاد مستندات پرونده های پزشکی، به کرات مشاهده می شود که فرم های مهم پرونده پزشکی مثل خلاصه پرونده، شرح حال، سیر بیماری و ... به صورت ناقص تکمیل شده اند. ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی(ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و (... ایجاد می کند. همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها، مثل: افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان (زیرا از نظر قانونی چیزی که در پرونده ثبت نشده باشد یعنی انجام نشده است)، ایجاد می کند. به علاوه این پرونده ها برای تحقیقات پزشکی و آموزش نیز مناسب نمی باشند .مشکل دیگر مربوط به ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات است. با توجه به این نکته که متاسفانه هنوز در کشور ساختار اصلی

پرونده های پزشکی را فرم های کاغذی تشکیل می دهند، ناخوانایی مستندات(بد خطی، استفاده از جوهر نامناسب، ریز بودن مستندات و غیره) یکی از مشکلات عمده است. در فرم های کاغذی، به خاطر دست نویس بودن مستندات، خوانایی مستندات از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. بررسی های مختلف در دنیا نشان داده که یکی از دلایل خطاهای پزشکی(بخصوص خطاهای دارویی) به خاطر ناخوانایی مستندات پرونده است، زیرا مستندات ناخوانا باعث برداشت غلط از اطلاعات می شود. در ایران ناخوانایی مستندات یکی از مشکلات بزرگ مستندسازی پرونده های پزشکی است. موارد متعددی دیده شده که کارکنان تازه وارد در بیمارستان(مثل پرستاران) قادر به خواندن دست خط برخی از پزشکان یا سایر همکاران خود نیستند. یا در مورد بیماران اعزام شده به مراکز دیگر نیز همین مشکل وجود دارد. در خصوص پیگیری درمان هم ناخوانایی مستندات مشکلاتی را برای بیمار ایجاد می کند .مشکل سوم مربوط به استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی است. طبق اصول مستندسازی باید استفاده از اختصارات(به خصوص در مورد تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد، و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که همه کاردر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیر مصوب می کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می شود .

اصول کلی مستند سازی فرم های پروند ه های پزشکی

به طور کلی در مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، مستندسازان باید اصول کلی مستندسازی را رعایت کنند. رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است . گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

الف) مسنولین پذیرش بیمار(ثبت اطلاعات دموگرافیکی) ، ب)پزشکان(ثبت مشاهدات و دستورات) ، پ) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری) و ت) سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی و ...

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی(بستری / سرپایی) به شرح ذیل می باشد

۱-کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد

۲-از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد

۳-اطلاعات سر برگ فرم های (شامل نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و..)... بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود .

۴-کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تائید و تصدیق گردد

۵-در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ساعت الزامی است

۶-مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند. بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد یا خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود .

تذکر:۱جوهرها باید دارای ثبات باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند)

۷- مستندات و ثبتیات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

۸- در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

۹- مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود .

تذکر : در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن ، بایستی در صورت معلوم شدن بلافاصله به عنوان یادداشت های تاخیری (late entery) به پرونده بیمار اضافه گردیده و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستند ساز تکمیل گردد

۱۰- کلیه مستند ات بایستی واضح ، مداوم و پیوسته باشد. رعایت خوانا بودن ، مرتب بودن ، املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است

تذکر : اگر ثبتیات قابل خواندن نیستند ، ثبت کننده از ابتدا ثبتیات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد ، چرا نوشته فو ق را مجددا تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است . اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند ، باید دقیقا مشابه اولی باشد و حتماتاریخ و امضاء داشته باشند .

تذکر : انسجام موارد ثبت شده الزامی است بطوری که در پرونده های دستی ، موارد ثبت شده باید بلافاصله در سطر یا فضای موجود بعدی، مستند شوند و تمام خطوط باید بترتیب پر شوند. هیچ فاصله خالی یا قابل استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند

۱۱-اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد. ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته شود Errorو تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

۱۲-محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود

۱۳-از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود

۱۴-هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها وشرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد

۱۵-اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی گردد. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد.

۱۶-در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

۱۷-کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی 24ساعت بعد از دستور باذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

۱-فرم پذیرش و خلاصه ترخیص

-موارد مربوط به متصدی پذیرش:

۱. تمامی اطلاعات هویتی و دموگرافیک مربوط به بیمار ثبت شوند. این اطلاعات شامل: شماره پرونده، نام، نام خانوادگی ، نام پدر ، شماره شناسنامه ، تاریخ تولد، محل تولد، کد ملی، محل صدور شنا سنامه ، جنسیت ، وضیعت تاهل، مذهب ، شغل ، محل کار ، آدرس، تلفن ، مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار.

-تبصره: در قسمت آدرس ذکر نوع سکونت:(شهری- روستایی-حاشیه - عشایری و سایر) الزامی است .

۲. نام و نام خانوادگی بصورت کامل ثبت شوند، بخصوص پسوندهای(فامیلی) مربوط به نام خانوادگی ثبت گردد.

۳. اطلاعات هویتی بیمار از روی مدارک شناسایی معتبر (کارت ملی، شناسنامه و ...) تکمیل گردد، و احراز هویت

۴.آدرس و تلفن بیمار و همراه وی، بصورت کامل و دقیق ثبت گردد. توصیه می گردد که در مورد بیمار و همراه وی هم تلفن ثابت و هم تلفن همراه ثبت گردد. ثبت آدرس بصورت دقیق و کامل در موارد خاص مثل فرار بیمار، می تواند به بیمارستان کمک زیادی کند.

۵.تاریخ و ساعت پذیرش بیمار ، نوع پذیرش (عادی/ اورژانس) ، بخش بستری، پزشک معالج، نوع بیمه، شماره بیمه بیمار، در صورت تصادف و یا ضرب و جرح بودن مورد اطلاع دادن به نزدیکترین مرکز انتظامی و ثبت نام آن مرکز در محل مربوطه، ثبت گردد.

۶. ثبت تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، و نوع پذیرش (عادی/ اورژانس)، بخش بستری و پزشک معالج الزامی است.

۷. اخذ رضایت نامه های اجازه درمان و اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی در پشت برگ پذیرش ، از بیمار و در صورت نرسیدن به سن بلوغ ، ولی ، قیم و یا سرپرست قانونی وی. در مواردی که بر روی حقوق ناشی از ازدواج تاثیر می گذارد مانند عقیم سازی ، هیسترکتومی ، وازکتومی ، سقط جنین رضایت همسر نیز الزامی است . لازم به ذکر است که با توجه به حقوق بیمار در رضایت آگاهانه و مسائل قانونی پیرامون آن، بیمارستان ها باید دارای فرم های جداگانه برای اخذ رضایت نامه ها باشند و وظیفه اخذ آنها نیز بر عهده پزشک معالج است.

-موارد مربوط به پزشک معالج :

۸. پزشک معالج مکلف است که تشخیص های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و به صورت کامل ثبت کند.

۹. در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.

۱۰.تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی(Main Condition) و بیماری های همراه (comorbidity)و سایر عوارض(Complication) می باشد.

۱۱.یک عبارت تشخیصی کامل باید حتی الامکان هم ماهیت اتیولوژیک(علت زمینه ای موجد بیماری یا حالت پزشکی) و هم عارضه بالینی ایجاد شده توسط آن علت خاص (Manifestation)را مشخص نماید. برای مثال:

- Anemia due to blood loss from chronic gastric ulcer
-Gonococcal Cystitis
-Lyme disease arthritis

۱۲.در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود و در عبارت تشخیصی باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیکی درگیر را به دقت مشخص

نماید. برای مثال:

-Acute myocardial infarction of inferolateral wall.

در مورد سایرعبارات تشخیصی و قوانین مرتبط ،در فصل قوانین تشخیصی توضیحات لازم آورده شده است.

از اصطلاحات مناسب و ارجح (pereferd term)مطابق با کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری ها ،(ICD)برای ثبت تشخیص ها استفاده شود.

استفاده پزشکان از این اصطلاحات کمک زیادی به کدگذاری صحیح پرونده ها می کند. مثال:

۱۳. از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ها تا حد امکان خودداری گردد.

۱۴. از ثبت علام و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

۱۵.اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، توسط پزشک معالج یا جراح ثبت گردد.

۱۶.در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است.

۱۷.عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:

...(و Excision، Insertion، Extraction، Replacement، :Removalاقدام اصلی انجام شده (مثل•

•قسمتی از سیستم بدن(موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود(مثل:، Lung، intracranial

روش انجام اقدام مثل ...(، Percutaneous، Transtemporal، Open

•مثال:

Transtemporal partial excision of intracranial lesion
Removal of Monitoring Device from Left Lung, Open Approach
Dilation of right femoral artery with intraluminal device, percutaneous approach

•ذکر نوع Deviceیا پروتزی که بعد از عمل جراحی در بدن بیمار باقی می ماند.

۱۸.در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، علت خارجی صدمه یا مسمومیت به زیان انگلیسی و به صورت کامل ثبت گردد.

۱۹.در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.

۲۰.ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت باید شامل موارد زیر باشد:

•مکانسیم حادثه (تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو خوردگی، سوختگی و.....)

•قصد حادثه(تصادفی، عمدی، نامشخص)

•نوع شی (چاقو، اتو، چکش و...)

•مکان وقوع حادثه(منزل، خیابان، کارخانه)

•نوع فعالیت فرد (در حال ورزش، حین کار)

مثال:

Intentional self-burning by kerosene in home
Accidental poisoning due to overdose of heroine in home
Accidental fall to pit in farm

۲۱.حتی المقدور پزشک باید در ثبت علت خارجی صدمات و مسمومیت ها، عبارت تشخیصی شامل مکانیسم حادثه، قصد و محل رخداد حادثه باشد.

۲۲.رای توضیحات بیشتر در مورد نحوه ثبت تشخص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد شد.

۲۳. وضیعت بیمار به هنگام ترخیص ثبت گردد.

۲۴.در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از 48 سا عت الزامی است.

۲۵.در صورت انجام اتوپسی برای بیماران فوت شده، در محل مربوطه ثبت گردد.

-تصدیق های لازم:

۲۶. امضاء مسئول پذیرش ، مهر و امضاء پزشک معالج پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده ، مهر و امضاء رزیدنت (در بیمارستانهای آموزشی) و امضاء سرپرستار بخش الزامی است .

۲-فرم خلاصه پرونده

۱. پزشک معالج بایستی پس از دستور ترخیص، اقدام به تکمیل این فرم نماید و محتوی خلاصه ترخیص باید شامل موارد زیر باشد:

- دلیل بستری شدن بیمار
- خلاصه ای مختصر از تشخیص ها و یا هرگونه بیماری همراه و یا عارضه
- مهمترین یافته های دوران بستری
- اقدامات انجام شده و درمان ارائه شده
- شرایط بیمار در زمان ترخیص (توصیف محدودیت ها)
- ثبت دستورات بیماران و خانواده آنها برای ادامه مراقبت و یا پیگیری

۲-تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار الزامی است.

۳-تکمیل کلیه موارد ثبت شده بر روی این فرم (تاریخ ترخیص، شکا یت اصلی بیمار و تشخیص اولیه ، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی، سیر بیماری، وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص) الزامی است.

۴-ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی الزامی است.

۵-در مورد ثبت صحیح تشخیص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد

شد.

۶-در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه پرونده اشاره شود.

۷-مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است.

۸-وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است (لازم به توضیح است که کپی این فرم باید به بیمار داده شود) .

۳-فرم شرح حال

۱. فرم شرح حال و معاینات بدنی باید در مدت 24ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

۲.تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۳. اطلاعات این فرم باید از بیمار گرفته شود. در صورتی که به هر علتی اخذ تاریخچه قابل اعتماد از بیمار امکان پذیر نباشد باید تاریخچه ازبهترین کسی که دقیقترین و بیشترین اطلاعات را دارد اخذ گردد.

۴.شرح حال بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

•شکایت اصلی: شرح مختصری از ماهیت، عوارض و نشانه های بیماری و مدت زمانی که علائم ناراحتی وجود داشته و نوع و علتی که سبب مراجعه بیمار به پزشک شده از زبان خود بیمار

-در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، نحوه بروز حادثه یا مسمومیت ثبت گردد، ثبت باید شامل :

- ✓ نوع صدمه(زخم باز، شکستگی، دررفتگی، و ...).
- ✓ موضوع آناتومیکی دچار صدمه،

- ✓ مکانسیم حادثه (تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقوخوردگی، سوختگی و ....). قصد حادثه(تصادفی، عمدی، نامشخص،)نوع شی (چاقو، اتو، چکش، ....)
- ✓ مکان وقوع حادثه(منزل، خیابان، کارخانه، ،...) و فعالیت فرد هنگام حادثه(رانندگی، آشپزی، ورزش،..،). و نحوه انتقال مصدوم به بیمارستان باشد

•بیماری فعلی: شرح کاملی از زمان پیدایش بیماری بر حسب تاریخ و پیشرفت بیماری از بروز نخستین علامت تا حال حاضر

•سابقه قبلی: خلاصه ای از کلیه بیماری های قبلی مانند: بیماری های عفونی حاد، سوانح، مسمومیت، جراحی ها، حساسیت ها، حساسیت های داروئی

-در مورد زنان متاهل، تعداد بارداری های قبلی، زایمان، تولد زنده و سقط جنین نیز باید ثبت گردد.

-در مورد اطفال سابقه واکسیناسیون، ناهنجارهای مادرزادی، نارس بودن یا بیمارهای دوران نوزادی ثبت گردد.

-در مورد اطفال کمتر از یک سال وزن هنگام تولد ثبت گردد.

•سابقه شخصی: وضعیت تاهل، عادات، سوابق اجتماعی، شغلی و محیط کار و زندگی فرد، به خصوص اگر این عوامل در ایجاد بیماری نقش داشته باشند.

-در مورد بیماران معتاد به مواد مخدر، مدت زمان اعتیاد به مواد مخدر، نوع مواد مخدر مصرفی، میزان مصرف، ثبت گردد. در مورد معتادان تزریقی و آلودگی به ویروس هپاتیت یا ایدز ثبت گردد.

•سابقه خانوادگی: شرح بیماری های خانوادگی که در آنها وراثت نقش داشته، بیماری های

روانی، سرطان ها و مسائل عمده سلامت بستگان درجه یک

-در مورد بیماران با تشخیص سرطان، وجود سابقه سرطان در بستگان درجه یک ثبت گردد.

-در مورد بیماری های وراثتی، وجود سابقه بیماری در بستگان درجه یک ثبت گردد.

- سابقه اجتماعی (مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت روزانه

- سابقه دارویی (داروهای در حال مصرف و حساسیت ها

۵. معاینه بدنی بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

الف) بررسی سیستمیک اعضای بدن شامل:

-عمومی:شامل تغذیه، تب، عرق شبانه، ریزش مو، افزایش و یا کاهش وزن و هر نوع اشتغال یا عادتی که احتمالاً بر پیدایش و یا بروز بیماری موثر بوده است.

-پوست: سابقه جوش، کبودی و سیانوز، زردی(یرقان) و سایر ناراحتی های پوستی

-سر: سردرد، مدت ، شدت، خصوصیت و محل آن

-چشم ها: کشش، درد، دوبینی، نورگریزی(عدم مقاومت در مقابل نور،) آب ریزش، استعمال عینک(تاریخ آخرین معاینه،) التهاب ، دید مه آلود، دیدن لکه های سیاه و...

-گوش ها: ناشنوائی، ترشح، وجود صداهای پیچیده، گیجی، درد و...

-بینی: سرماخوردگی، خون ریزی، ترشح، گرفتگی، آب ریزش، درد سینوسی و...

-گلو:درد، قرمزی، گرفتگی صدا، اشکال در بلع و...

-تنفس:درد سینه، خلط خونین، دفع خلط و بلغم از سینه، تنگی نفس، سرفه، تعریق شبانه، تاریخ آخرین عکس و...

-عصبی- عضلانی: ضعف تحرک، درد مفاصل، خارش و مورمور شدن، واریس، تغییر شکل و...

-قلب و عروق: درد سینه، آسم، طپش قلب، ضربان تند، غش، سرگیجه، ورم و...

-معدی –روده ای: اشتها، عطش، تهوع، قی، استفراغ خونی، ملنا، استفراغ سیاه، قولنج، یرقان، اسهال، خصوصیات ویژه غذائی و...

-تناسلی –اداری:ا شکال در ادرار و سوزش، تکرر ادرار، خواب ادراری، دفع غیر ارادی، چرک در ادرار، خون در ادرار و...

-قاعدگی: دفعات، نوع، طول مدت قاعدگی، قاعدگی دردناک، خونریزی، علائم یائسگی، قرص و یا وسائل ضد بارداری استفاده شده یا خیر و...

-وضعیت روانی: تیپ شخصیت، عواطف و احساسات، سردردها،تشنجات، فلج ها، ضعف اعصاب،فشار محیطی، از دست دادن حافظه، بی خوابی، کابوس، رفتارهای بیمارگونه اجتماعی و...

ب) فهرست موارد مهم در معاینات بدنی :

علائم حیاتی: این علائم عبارتند از وزن، قد، درجه حرارت بدن ، نبض، تنفس و فشار خون که نشان دهنده ماهیت زنده و غیر زنده هستند.

-عمومی: وضعیت و حالت اندام های مختلف، وضعیت تغذیه، سن ظاهری، آنچه که از وضعیت بدنی شخص و خطوط چهره مشخص می شود، شدت و حالت بیماری، وضعیت عاطفی- روانی.

-پوست: رنگ ، کیفیت، رنگدانه های پوستی،از نظر تجمع و پراکندگی و رنگ، خون مردگی، پتشیا، کیفیت توزیع موها، ناخن ها، میگزودم، تعریق، جراحات احتمالی و زخمها، زردی و سایر علائم.

-سر و چشم ها: شامل:

oجمجمه و پوست سر: از نظر عمومی و ترکیب آنها و وجود زخم و یا اثر جراحت و سوختگی بر روی آنها.

oپلک ها: از نظر تورم، پائین افتادگی غیرطبیعی،...

oصلبیه: سفیدی چشم از نظر وجود خونریزی و یرقان

oورم ملتحمه: رنگ پریدگی تزریق و تنقیه و یا وجود پتشیا

oقرنیه: از نظر اثر زخم و جراحت

oمردمک: از نظر اندازه، شکل کیفیت عملکرد، تطابق و واکنش در مقابل نور و سایر تحریک کننده ها

oبینائی: شدت و قدرت دید، حوزه بینائی

oبیماری های چشمی: گرفتگی ها و دیسک های بینائی، عروق چشمی، ترشحات و خونریزی ها

-گوش ها: اندام تیمپانیک، کانال ها و مجاری ، شنوائی، تخلیه و ترشح و.....

-بینی:مجاری هوائی، مخاط، تیغه بینی، سینوس ها، ترشحات، خونریزی و بویائی

-دهان:تنفس ، لبها، دندان ها، لثه ها، زبان، غددو شیره های بزاق و...

-گلو: لوزه ها، فارینکس، کام، زبان کوچک و مجرای حلقی- تنفسی

-گردن: سختی، حجم و توده های احتمالی، تیروئید و وضعیت آن، عروق، تراشه ها، لنف ها و غدد لنفاوی و غدد بزاقی تحت فکی

-دستگاه لنفاوی: وضعیت و حالت غدد لنفاوی، اندازه، تجمع و تراکم، تغییر پذیری و نرمی و ضخامت

-قفسه سینه: فرم و حالت تقارن، تنفس و وضعیت سایر اندام های مربوط

-پستان: سختی و حجم، ترشح، نوک آن از لحاظ حالت و رنگ ، ضخامت و نوع بافت

-ریه ها: صداهای تنفسی، عفونت و صدای صحبت کردن

-قلب: پالس های آپیکال، نبض، ریتم، صدا، رفلکس مورمور و فریکشن راب

-عروق خونی: نبض، کیفیت و ارتجاع دیواره عروق

-شکم: حرکات دودی شکل، اسکار، گرمی، اسپاسم، گرفتگی، مایع، کبد، کلیه، طحال و فتق

-دستگاه ادراری- تناسلی: اسکار، تغییرات بافتی، فتق، درد، التهاب، اپی دیدیم، فتق عروقی و فتق بیضه

-مقعد: شکاف، هموروئید، وضعیت اسفنکتر، پروستات، عروق سمینال و مدفوع

-واژینال: اعضای تناسلی خارجی، غدد بارتولین و اسکین، واژن ، دهانه و گردن رحم، رحم و غدد

-ماهیچه ای اسکلتی: تغییر شکل ها، تورم، قرمزی، گرمی و محدودیت حرکت

-اندام انتهائی: رنگ، ادم، لرزش(تکان و حرکات غیر ارادی،) چماقی شدن ، زخم ها و التهاب واریسی

-اعصاب: اعصاب مغزی، هماهنگی، رفلکس ماهیچه دوسر، رفلکس ماهیچه سه سر، پاتلار، آشیل ، شکمی، اعصاب سینه ای، حساسیت....

۶-پزشک باید پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه بدنی، تشخیص اولیه یا موقت را بصورت کامل و به زبان انگلیسی در فرم شرح حال ثبت کند.

ثبت تشخیص الزامی است. از ثبت علام و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

۷-تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند.

۸-مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم شرح حال و معاینات بدنی توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود،

اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک متخصص مربوطه نیز تایید(مهر و امضاء) گردد.

٤-فرم سیر بیماری

۱. هدف تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستند سازی پاسخ بیمار به درمان، مورد تاکید قرار

گیرد، و به این فرمت ارائه شود :

۲. یادداشت های پذیرش بیمار (ذکروضع عمومی بیمار در قالب اطلاعات Subjectiveبیمار

۳. یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان را مستند کند.

۴. یادداشت های نهایی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص (توصیه های زمان ترخیص شامل فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ یافته های پس از ترخیص و یافته های بعد از انجام اتوپسی

۵. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۶. یاداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگیرنده ی اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری باشد، این یادداشت ها باید بر

اساس تاریخ و همه روزه (در مورد بیماران با وضعیت اورژانسی بنا به شرایط بیمار) ، وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرایند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.

۷. یاداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.

۸. از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل "حال عمومی بیمار خوب است "، خودداری شود.

۹. در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد.

۱۰. در آخرین یادداشت سیر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت ، بهبودی ، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمد ه و مهم

جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص، بیان شود.

۱۱.هر پرونده باید لیستی از مشکلات 4بیمار داشته باشد تا بیماری ها وشرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد.و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

۱۲.مهر و امضاء پزشک الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم سیر بیماری توسط

اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک مسئول نیز تایید(مهر و امضاء) گردد.

۵-فرم درخواست مشاوره پزشکی

۱.تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۲. ثبت تا ریخ و ساعت مشاوره ، نام پزشک در خواست کننده و نو ع مشاوره (اورژانس یا غیراورژانس) و مهر و امضاء پزشک در خواست

کننده الزامی است.

۳.ثبت درخواست مشاوره و توضیحات آن توسط پزشک معالج(پزشک درخواست کننده) الزامی است.

۴. ثبت مشاهدات و نظریات و در صورت نیاز روش های درمانی توصیه شده، دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده، و مهر و امضا ء و تاریخ و ساعت ارائه مشاوره الزامی است.

۵. در خصوص مشاوره های تخصصی مورد لزوم، تاریخ، ساعت و علت درخواست و همچنین تاریخ و ساعت مشاوره قید شود و در صورت موافقت با نظریه مشورتی پزشک مشاور، پزشک معالج دستور انجام اقدامات پیشنهادی را به صورت کتبی صادر نماید.

٦-فرم مراقبت قبل از عمل جراحی

۱.تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۲.ثبت تاریخ عمل، الزامی است.

۳.ثبت تشخیص قبل از عمل ، نام عمل جراحی با ذکر سمت عمل (چپ یا راست برا ی عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن) الزامی است.

۴.ثبت علائم حیاتی قبل از عمل ، فشارخون موقع پذیرش و پس از داروهای بیهوشی، داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده از آنها، اثر داروهای بیهوشی و اشاره به وجود یا عدم وجود

اعضای مصنوعی الزامی است .

۵.امضاء پرستار بخش با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تکمیل این فرم الزامی است .

۶.امضاء پرستار اتاق عمل با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تائید کلیه مندرجات این فرم الزامی است .

۷.برای کلیه اعمال جراحی و همچنین معاینات تحت بیهوشی مانند جااندازی و گچ گیری و آندوسکوپی ، تکمیل نمودن این فرم الزامی است .

۷. فرم بیهوشی

۱.تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .

۲.ثبتیات این فرم باید نشان دهنده ، توع عمل، نوع بیهوشی، تکنیک بکار رفته، مدت بیهوشی، نوع و دوز داروی بیهوشی، مایعات داخل وریدی تزریق شده در اتاق عمل، علائم حیاتی بیمار در مدت بیهوشی، مدت زمان دقیق بیهوشی و عمل ، ریسک بیهوشی، باشد.

۸. فرم گزارش عمل جراحی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی اتاق عمل الزامی است .

۲.فرم گزارش عمل جراحی، باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد .

۳.ثبت مشخصات جراح، کمک اول ، کمک دوم، متخصص بیهوشی ، نوع بیهوشی ، پرستار اتاق عمل ، پرستار کمک ، زمان عمل(شروع و خاتمه(و نوع عمل (سرپایی / بستری) الزامی است .

۴.محتوای یک گزارش عمل باید شامل موارد زیر باشد :

- شرح دقیق یافته ها
- اقدامات فنی
- موضوع آناتومیکی مورد جراحی

- مشخصات نمونه برداشته شده
- تخمینی از خون از دست رفته
- تشخیص پس از عمل

۵.تشخیص قبل و بعد از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.

۶.نوع عمل جراحی در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، ثبت گردد. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل

موارد زیر باشد:

...(و Excision، Insertion، Extracti

راهنمای بالینی اولین ویزیت بیماران در مرکز

مقدمه:

ویزیت بیماران توسط پزشک معالج به منظور آگاهی دقیق از وضعیت بیمار امری ضروری می باشد. پروتکل حاضر به منظور آگاهی پزشکان و پرستاران از نحوه ی صحیح فرایند انجام اولین ویزیت بیمار توسط پزشک معالج تدوین گردیده است.

خط مشی:

مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین (ع) می کوشد تا با اجرای صحیح فرایند اولین ویزیت بیمار توسط پزشک معالج در راستای ارتقای کیفیت خدمات درمانی مرکز گام بردارد.

حوزه ی خط مشی (مخاطبین):

پزشک و پرستار

فرایند مکتوب انجام اولین ویزیت بیماران در مرکز

۱- دستیار/اینترن بخش موظف است در ابتدای تشکیل پرونده بیمار نسبت به اخذ شرح حال کامل، درج در پرونده و ثبت ساعت و تاریخ آن اقدام نماید (و پس از اطلاع رسانی به آنکال محترم بیمارستان در صورت لزوم) نسبت به ثبت دستورات پزشکی اولیه بیمار اقدام نماید) و هر دو مهر و امضا نمایند.

تذکر۱- *نوع رژیم غذایی در صورت PO بودن بیمار شامل رژیم اسهالی، معمولی، دیابتی و ... در دستورات وارد شود.*

۲- نام داروی بیمار و دوز آن می بایست به زبان انگلیسی و با خط خوانا و با ذکر فاصله نیم تا یک سانت بین اعداد/کلمات و واحد دارو نوشته شود.

تذکر۲- *در صورت مشابه بودن نام دارو با داروی دیگر لازم است قسمت های غیرمشابه با حروف CAPITAL مشخص شوند (به عنوان مثال با توجه به تشابه ابتدای دو داروی سفتریاکسون و سفوتاکسیم، بایستی بدین صورت ثبت گردند:*

cefo TAXIME
cef TRIAXONE

تذکر۳- لازم است در ثبت دستورات پزشکی از اصطلاحات QD، QOD و ... پرهیز شود و به جای ان از جملات every day و every other day (یک روز در میان)، هر ۸ ساعت، روزانه و ... استفاده شود.

۳- وزن و سن بیمار می بایست در کنار اولین order ثبت شود.
۴- دوز دارو به ازای هر کیلوگرم در کنار عدد مربوط به آن دستور پزشکی ثبت گردد.
۵- در صورت نیاز به ادامه مصرف داروهایی که بیمار در منزل مصرف می نماید، داروها می بایست در order اول ثبت و عبارت " تلفیق دارویی انجام شد" در آخر دستورات پزشکی نوشته شود.

تذکر٤- در صورتی که نیازی به ادامه مصرف داروهای قبلی نمی باشد یا بیمار از قبل دارویی مصرف نمی کرده است نیز عبارت "تلفیق دارویی انجام شد" در آخر دستورات پزشکی ثبت گردد.

۶- در صورتی که دستور یا آزمایش بیمار بصورت اشتباه ثبت شود می بایست بر روی آن یک خط کشیده شود به نحوی که قابل خواندن باشد و در ابتدای سمت راست order کلمه error وارد شود.

***در صورت DC کردن یک order نباید کنار آن DC نوشته شود بلکه باید order مجدد مبنی بر کنسلی دستور گذاشته شود.*

۷- پرستار مسئول شیفت موظف است فقط دستورات پزشکی ثبت شده در پرونده بیمار که ساعت آن ها ثبت شده را در کاردکس بیمار وارد نماید و پرستار مسئول بیمار می بایست نسبت به انجام آن اقدام نماید و در قسمت گزارش پرستاری اقدامات انجام شده را ثبت نماید.

در مورد داروهای هشدار بالا:

الف-دستورات دارویی می بایست توسط دو پرستار چک شود.

ب-دوز دارو می بایست مجددا توسط دو پرستار (پرستار مسئول شیفت و پرستار مسئول بیمار) به طور جداگانه محاسبه گردد.

ج-برگه گزارش پرستاری (قسمت ثبت دستورات دارویی) نیز توسط دو پرستار مهر و امضا گردد.

۸-پرستار مسئول شیفت موظف است در صورت شک به نوع یا دوز دارو مراتب را ابتدا به دستیار بیمار اطلاع رسانی نماید تا در صورت صلاحدید نسبت به تغییر دستورات پزشکی اقدام نماید و در صورت باقی ماندن شک به نوع یا دوز دارو مراتب را با اتندینگ مسئول بیمار مطرح نماید.

تذکر۵- *پرستار مسئول بیمار موظف است گزارش اطلاع رسانی به دستیار /اتندینگ بیمار را در قسمت گزارش پرستاری ثبت نماید.*

۹- مسئول اجرای صحیح دستورالعمل فوق در شیفت صبح اتندینگ و در شیفت عصر و شب دستیار کشیک اورژانس می باشد.

۱۰- پرونده ی بیماران به صورت رندوم توسط دفتر پرستاری کنترل می گردد و موارد عدم تطابق توسط معاونت درمان مرکز به مدیر گروه محترم کودکان جهت بازخورد و اصلاح، اعلام می گردد.

www.ehuch.mui.ac.ir

محدوده زمانی ارزیابی اولیه توسط پزشک، پرستار، پزشک مقیم ، آنکال، مشاوره‌ها و تکمیل برگه شرح حال

محدوده زمانی انجام تریاژ، ویزیت پزشک و اولین اقدام پرستاری در اورژانس

زمان / اولویت	زمان تریاژ	اولین ویزیت پزشک		زمان اولین اقدام پرستاری
		رزیدنت/متخصص	اینترن	
سطح یک	بلافاصله (کمتر از ۵ ثانیه)	کمتراز ۱۰ ثانیه	کمتراز ۱۰ ثانیه	کمتراز ۱۰ ثانیه
سطح دو	۲ دقیقه	۱۰ دقیقه	۳ دقیقه	۵ دقیقه
سطح سه	۲ دقیقه	۳۰ دقیقه	۲۰ دقیقه	۵-۱۰ دقیقه پس از ویزیت رزیدنت
سطح چهار	۲ دقیقه	۲-۳ ساعت	۶۰ دقیقه	۲۰ دقیقه پس از ویزیت رزیدنت
سطح پنج (مشمول درمانگاه)	۲ دقیقه	۳-۵ ساعت		

محدوده زمانی ویزیت بیمار در بخش های بالینی توسط پزشک و پرستار

	اینترن	رزیدنت	هیئت علمی/فلو	پرستار
غیر اورژانسی	حداکثر ۴۵ دقیقه	حداکثر ۶۰ دقیقه	* حداکثر ۲۴ ساعت[1]	حداکثر ۳۰ دقیقه
اورژانسی	حداکثر ۳ دقیقه	حداکثر ۵ دقیقه	* حداکثر ۳۰ دقیقه (توسط رزیدنت ارشد/مقیم)	حداکثر ۵ دقیقه

محدوده زمانی انجام مشاوره ها

مشاوره غیر اورژانسی	توسط رزیدنت	توسط اتند
	حداکثر ۶ ساعت	حداکثر ۲۴ ساعت

۱ – در روزهای تعطیل ویزیت اتندینگ هیئت علمی/فلو توسط رزیدنت انجام می گردد.

۲مشاوره اورژانسی	توسط رزیدنت/فلو/اتند
	حداکثر ۲ ساعت

* محدوده زمانی ارزیابی بیمار توسط پزشک مقیم[۳]

غیر اورژانسی	حداکثر ۶ ساعت
اورژانسی	حداکثر ۳۰ دقیقه

محدوده زمانی ارزیابی توسط پزشک آنکال

غیر حضوری	تلفنی پاسخگو باشد
* [۴]حضوری	حداکثر ۲ ساعت

محدوده زمانی تکمیل برگه شرح حال

حداکثر ۲ ساعت

۲ – در رابطه با مشاوره بیهوشی اورژانسی حداکثر ظرف مدت ۵-۳ دقیقه ودر صورت غیر اورژانسی بودن حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت می بایست انجام گردد.

۳- الویت ارزیابی بیمار(در صورت نیاز) در زمان عدم حضور پزشک معالج ابتدا با پزشک مقیم وسپس با پزشک آنکال می باشد

۴ – حضور پزشک آنکال توسط رزیدنت ارشد یا پزشک مقیم تعیین می گردد.