

A landscape photograph showing a vast green field in the foreground, a line of trees in the middle ground, and a sunset sky with orange and blue hues. The sun is low on the left, creating a lens flare. The Persian text is overlaid in the upper right quadrant.

بر آن آفرین کافرین آفرید  
مکان و زمان و زمین آفرید

# اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی



## *Principles of Medical Documentation*

دکتر زکریایی

متخصص پزشکی قانونی و فلوشیپ سم شناسی بالینی و مسمومیت ها

# مقدمه



شاید برای پزشکان ایرانی که تا چند دهه پیش مشغول کار بوده اند، موضوع شکایت های حقوقی بیماران که در کشورهای غربی رواج داشت؛ امری عجیب و دور از ذهن می آمد.

حقیقت آن است که فرهنگ و آئین ایرانیان همواره هاله ای از قداست را بر قامت حکیمان خود کشیده بود، نگرشی که حتی طرح شکایت از سوی بیماران را نیز نا مانوس جلوه میداد.



❖ اما امروزه شرایط به کلی متفاوت از گذشته است.  
جامعه ایران ناگزیر قدم در راهی می گذارد که نسبت و روابط افراد را ،  
«**بندهای قانون**» مشخص می کند نه باورهای سنتی.

در چنین شرایطی جامعه پزشکی ایران تنها با درایت و بسترسازی های لازم در  
مراکز آموزشی و درمانی خواهد توانست بدون تنش های ناخواسته، این دوران  
را پشت سر بگذارد.



آگاهی پزشکان از قوانین شغلی موجب افزایش قدرت پیش بینی و دور اندیشی و همچنین بهبود سطح خدمات بهداشتی-درمانی شده که عنصر مهمی در تعیین سرنوشت شغلی پزشکان است.

نکته مهم اینکه :

« جهل به قانون رافع مسئولیت کیفری نیست »

# تعریف



❧ **مستند سازی (پرونده نویسی):** فرآیند ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و درمان بیمار است.

❧ یا به عبارت دیگر مستند سازی : نوع بیماری، وضعیت بیمار در شروع و ادامه درمان، وسعت و کیفیت مراقبت، درمان های انجام شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و درمان مورد نیاز بیمار را نشان می دهد.

# مدارک پزشکی چیست؟



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



اطلاعات ثبت شده توسط اعضای تیم درمانی باید به آسانی قابل بازیابی و خواندن باشد؛ زیرا مدارك پزشکی يك بیمار ممکن است بوسیله افراد بسیاری خوانده شود  
از جمله :

- اعضای مختلف تیم درمانی
- سازمان های اعتباربخشی
- ارزیابان بهبود عملکرد
- بررسی کنندگان همگن (گروه های تخصصی )
- ادارات بیمه





❖ محققان و آموزش دهندگان

❖ وکلاء و دادگاهها

❖ هیئتهای انتظامی سازمان پزشکی

❖ کمیسیون های پزشکی قانونی

مستند سازی صحیح ؛ پایه گذار مسئولیت پذیری و پاسخگویی است.

# گروه های مستند ساز



- ۱- مسئولین پذیرش بیمار ( با ثبت اطلاعات )
- ۲- پزشکان و دانشجویان ( با ثبت مشاهدات و دستورات )
- ۳- پرستاران ( با ثبت اقدامات بالینی مراقبتهای پرستاری )
- ۴- سایر گروههای مرتبط ( رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی و ... )

# اهمیت و اهداف مستند سازی



- ✓ ابزار ارتباطی بین متخصصین رشته های مختلف
- ✓ ارزیابی مراقبت های بهداشتی درمانی
- ✓ مدرک قانونی
- ✓ پژوهش و آموزش
- ✓ اعتبار بخشی و تایید مراکز درمانی
- ✓ بازپرداخت هزینه های درمانی توسط بیمه ها
- ✓ بررسی وضعیت بهبود عملکرد



- ✓ ارتقای کیفیت مراقبت بیمار
- ✓ تداوم و استمرار مراقبت از بیمار در کلیه سطوح مراقبت بهداشتی
- ✓ برنامه ریزی استراتژیک و مدیریت
- ✓ ارزیابی کیفی و نظارت بر امور درمانی جامعه
- ✓ حمایت از تشخیص و دفاع از معالجه و توجیه آن

## نتایج مستندسازی صحیح و موثر



❖ اطمینان یافتن از استمرار مراقبت

❖ صرفه جویی در زمان

❖ به حداقل رساندن خطر و عواقب ناگوار و اشتباهات

# پیامدهای مستند سازی ناقص



❧ صدمه به بیمار

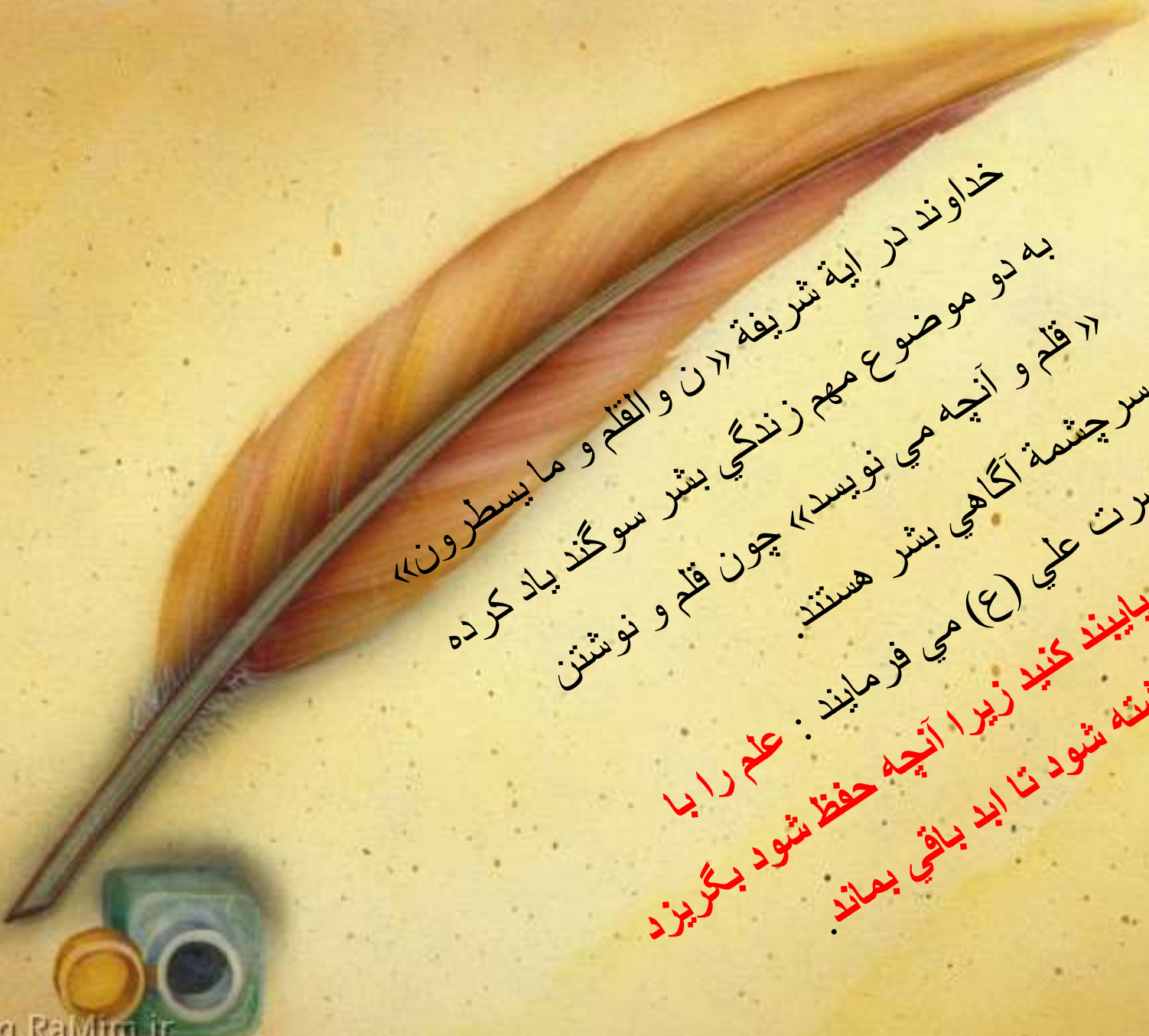
❧ ضعف در دفاع از دعاوی

❧ اختلال در تصمیم گیری بعدی

❧ تکرار پاراکلینیک و ایجاد هزینه برای بیمار و جامعه

❧ جرم بودن

❧ فراموشی گذشته



خداوند در آیه شریفه «ن والقلم و ما یسطرون»  
به دو موضوع مهم زندگی بشر سوگند یاد کرده  
«قلم و آنچه می نویسد» چون قلم و نوشتن  
سرچشمه آگاهی بشر هستند.  
حضرت علی (ع) می فرمایند:

**نوشتن پایبند کنید زیرا آنچه حفظ شود بگریزد  
و آنچه نوشته شود تا ابد باقی بماند.**

# نواقص رایج



- دستور نامشخص پذیرش
- تشخیص غیرواضح
- عدم ثبت شدت بیماری (سیر بیماری)
- درخواست مشاوره بصورت مبهم و حذف موارد مهم
- در خلاصه پرونده
- ثبت عقاید شخصی
- دستور ترخیص
- در نوشتن جواز دفن



Shafa General Hospital  
برگ دستورات پزشک  
PHYSICIAN'S ORDER SHEET

۹۲۶۴۷۹

نام خانوادگی: نام		Family Name:	
نام: محمد		محمد	
تاریخ تولد: ۱۳۶۷		Date Of Birth:	
نام پدر: محمد		Father's Name:	
پزشک معالج:	Ward:	پیش:	Name:
تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date Of Birth:
	Bed:	تخت:	
امضاء پرستار Signature of Nurses	امضاء پزشک Signature of Physician	دستورات Orders	
		<p>۱۳۶۷/۱/۲۸ ساعت ۱۵</p> <p>✓ درجه ۱ سی</p> <p>۱۳۶۷/۱/۲۸</p> <p>۱۵</p>	

برگت سیر بیماری  
PROGRESS NOTES SHEET

نام خانوادگی: <b>عسوی</b>		نام: <b>محمد</b>	تاریخ تولد: <b>۱۳۶۷</b>
نام پدر: <b>محمد</b>		تاریخ پذیرش: <b>۹۶/۱/۲۱</b>	بستر: <b>۱۳۶</b>
Ward:	بستر:	Room:	تاریخ تولد:
Bed:	نام:	Date Of Birth:	تاریخ تولد:

Date Of Admission:

۹۶/۱/۲۱

امضاء پزشک  
Signature of Physician

پیشرفت معالجات  
Treatment Progress

تاریخ  
Date

۹۶/۱/۲۲  
در حال بهبودی است  
۱۳۶

بنابر این مستندسازی :



❧ يك سند قانونی به حساب می آید و ممکن است در يك محافل قضایی از آن استفاده گردد.

❧ در صورت شکایت، **بهترین مدافع** و عامل تبرئه افراد مسئول در تیم بهداشتی درمانی است و

❧ در واقع گزارش نویسی دقیق، **يك عامل سرنوشت ساز قانونی** برای حفاظت کادر درمانی است.

❧ عاملی یاری دهنده در پیشگیری از اشتباهات است.



بررسی اشتباهات دیگران وسیله خوبی برای جلوگیری از تکرار همان اشتباهات به دست ما است.

وجود تناقض در پرونده ممکن است دفاعیات کادر درمانی را بی اعتبار نماید.  
پرونده ای که بصورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شماست.



❖ ثبت کامل پیشامدها و اقدامات انجام شده در پرونده بیمار و اخذ رضایت نامه و برائت نامه ای که حاکی از آگاهی کامل بیمار نیز باشد ممکن است مانع شکایت بیمار و همراهان وی از شما گردد.

ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است دردادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید. ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی ، می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.



تغییر نام بیمار باید در پرونده ثبت گردد و حتماً بیمار با نام واقعی خود ترخیص گردد.

صدور جواز دفن حتماً بایستی با **کارت هویتی معتبر** انجام گردد نه با **دفترچه بیمه یا برگه پذیرش پرونده**

## دستورالعمل های مستند سازی



الف - چگونه مستندسازی انجام شود ( How )

ب - چه چیزی مستند شود ( What )

ج - چه موقع مستند شود ( When )

د - چه کسی مستند کند ( Who )

# How to Document ?



1. **صحت (Accuracy)** : داده های ثبت شده باید دارای ارزش های درست و معتبر باشند و این مهم مستلزم آموزش و تعلیم مناسب است.
2. **قابلیت دسترسی (Accessibility)** : داده ها باید به آسانی قابل اکتساب باشد.
3. **جامعیت (Comprehensiveness)** : تمام داده های مورد نیاز باید جمع آوری و ثبت شوند.
4. **پیوستگی (Consistency)** : ارزش داده ها در بین کاربران مختلف قابل اعتماد و یکسان باشد.
5. **جاری بودن (Currency)** : داده ها باید به روز باشند.





6. **تعریف داده ها (Definition)** : هر عنصر داده ای باید دارای معنای مشخص و ارزش های قابل قبولی باشد.
7. **دارای جزئیات بودن (Granularity)** : صفات و ارزش های داده ها باید به صورت مشروح تعریف شده و در بر گیرنده جزئیات لازم باشند.
8. **دقت (Precision)** : ارزش داده ها به اندازه ای باشد که بتوانند کاربرد یا فرایند مورد نظر را حمایت کنند.
9. **مرتبط بودن (Relevancy)** : داده ها برای کاربرد یا فرایند مورد نظر معنادار باشند.
10. **بهنگام بودن (Timeliness)** : اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

# What to Document ?



❧ در مسائل قانونی، يك پرونده ناقص، انعكاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است.

❧ حذف جزئیات، يك اشتباه مهم و عمومی در مستندسازی است.

❧ البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.

# دیدگاه حقوقی وقانونی



مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که :

« آنچه در پرونده ثبت نشده؛ یعنی انجام نشده »

## قوانین عمومی مستندسازی پزشکی

مستند سازی در هر ویزیت و مواجهه با بیمار باید شامل موارد زیر باشد :

- A. شکایت اصلی یا دلیل مراجعه
- B. شرح حال و معاینه فیزیکی
- C. یافته ها
- D. نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه
- E. ارزیابی و تشخیص بالینی
- G. برنامه مراقبت
- H. تاریخ و هویت خوانای پزشک



❖ امتناع بیمار از پیگیری توصیه های پزشکی باید ثبت شود.

❖ مدارك پزشکی باید بطور کامل مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین، **محرمانه** حفظ شود.

❖ هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضاء باشد و عنوان و سمت فرد امضاء کننده مشخص باشد.



مشاوره ها باید شامل این سه قسمت باشد (3Rs) :

1. Request : درخواست پزشك

2. Render : نظريه مشاور

3. Report : يك گزارش ارائه شده باشد.



❧ چه زمانی باید به مشاوره های درخواست شده پاسخ داد؟

❧ پزشک آنکال موظف است به محض اطلاع از وجود بیمار **اورژانس** حداکثر مدت زمان **نیم ساعت** بر بالین بیمار حضور یابد.

❧ در موارد **غیر اورژانس** باید در اولین فرصت ممکن (قبل از پایان شیفت آنکالی) نسبت به ویزیت حضوری بیمار اقدام نماید.



در صورت نیاز به تصحیح، از قلم با مرکب ثابت و غیر قابل حل در آب برای خط

کشیدن بر روی يك یادداشت نادرست در پرونده بیمار استفاده کنید.

يك خط بر روی یادداشت نادرست بکشید و اطلاعات صحیح را بنویسید و سپس آن

را با درج تاریخ پاراف کنید.

هرگز اطلاعات را پاک و یا لاک گیری نکنید.



# محتوای گزارشات پزشکی



درجه مستند سازی به پیچیدگی خدمت ارائه شده و تخصص پزشك بستگی دارد.  
مثلا :

معاینه عادی قفسه سینه ممکن است برای متخصص قلب از نظر جزئیات معاینه نسبت به پزشك عمومی معنای متفاوتی داشته باشد.

مستند سازی شرح حال باید شامل : CC، PH، PI، ROS و PE باشد.

## مستند سازی اصطلاحات پزشکی

تیم درمانی باید اطلاعات کاملی در زمینه اصطلاحات پزشکی داشته و با

اختصارات و علائم استاندارد آشنائی داشته باشند.

برخی پزشکان از اختصارات و واژه های غیر استاندارد (FD، DF، SF؛ PF)،  
(PTA) استفاده می کنند.

اختصارات باید از بخشهای حیاتی تر پرونده بیمار (تشخیص های نهائی، اقدامات  
، اتیولوژی ، علل فوت) حذف شوند.



در صورت استفاده از اختصارات، (بجز موارد استثناء) بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده شود، چرا که ممکن است يك اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود و از طرفی استفاده کنندگان مختلف برداشت های متفاوتی از این اختصارات داشته باشند که پی بردن به واژه صحیح، ضمن اتلاف وقت، گاهی غیر ممکن است.

# When to Document ?



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

❧ هرگز قبل از انجام هر عملی مطلبی را ثبت نکنیم.

# Who to document ?



تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند، مستندساز نامیده می شوند؛ زیرا آنها به ترتیب زمانی، حقایق و مشاهدات دائمی در باره سلامت بیماران را ثبت می کنند.

هیچوقت از کسی نخواهید که مستندات شما را کامل کند و هرگز مستندات فرد دیگری را کامل نکنید.

## خطاهای شایع در پرونده نویسی



1. **قلم افتادگی** : در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجرای کار قصور کرده اید یا تلاش کرده اید که مدرك مخفی باشد.
2. **ثبت مبهم**
3. **تأخیر در ثبت** : اگر مجبور به تأخیر در ثبت هستید آنرا مشخص کرده و زمان آنرا ثبت کنید . زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید.
4. **تصحیح نامناسب**
5. **ثبت غیر مجاز** : فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید. اقدامات سایرین را ثبت نکنید.
6. **اختصارات مبهم یا نادرست**
7. **ناخوانی و فقدان وضوح** : طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند .

## - سایر اشتباهات شایع :

❧ قصور در ثبت اطلاعات وضعیت سلامت بیمار

❧ قصور در ثبت داروهای داده شده به بیمار

❧ قصور در ثبت اعمال پرستاری

❧ قصور در ثبت عکس العمل های دارویی

❧ قصور در ثبت تغییر وضعیت بیمار

❧ ثبت اشتباه روی پرونده بیمار

نکته : هر اشتباه را اینگونه اصلاح کنید (یک خط روی دستور اشتباه بکشید و به طور مختصر بنویسید Error، امضا کنید تاریخ و زمان را بنویسید)

## از موارد زیر اجتناب کنید



❧ به حافظه خود اعتماد کردن

❧ سفید کردن (لاک گیری) یا پاک کردن (تلاش برای پوشاندن دستورات اشتباه)

❧ سعی در تصحیح از طریق قطع لغات یا روی هم نوشتن لغات

❧ فرضیه و گمان سازی ، نتیجه گیری یا مقصر و سرزنش کردن دیگران

❧ فضای خالی گذاشتن بین نوشته ها و امضاء

❧ استفاده از اختصارات مبهم .





❧ به خاطر داشته باشیم که :

❧ در **مسائل قانونی**، یک پرونده ناقص، انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است.

✓ تعیین مدت زمان نگهداری پرونده های پزشکی ، مستقیماً به سیاست بیمارستان بستگی دارد.

بسیاری از کشورها قانون خاصی برای نگهداری مدارک پزشکی ندارند.

# علل نگهداری پرونده پزشکی



- ☐ درمان بیمار
- ☐ مدرک بیمارستان
- ☐ تحقیقات پزشکی و تدریس
- ☐ امور قضایی



در مطالعات مشخص شده، که **بعد از گذشت 15 سال** از آخرین مراجعه بیمار، تنها 7.5% از پرونده های پزشکی مورد هرگونه بهره برداری قرار می گیرد.

بعد از 3 سال از آخرین دوره بستری بیمار، بهره برداری از پرونده وی به طور محسوسی کاهش میابد.

باسدپاس از حوصله شما !

تولستوی:

بهترین واقعه زندگی زمانی است  
که آدمی خود را می شناسد.

