

## نحوه پرونده نویسی و الزامات نظام بیمه ای و درمانی:

\* فرآیند ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و درمان بیمار است که به صورت ثبت حقایق و مشاهدات مقتضی درباره سابقه بهداشتی (پزشکی) بیمار اعم از بیماریهای فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان می باشد. از نظر قانونی مدارک پزشکی شامل تمام اطلاعات کتبی موجود در پرونده بیمار هستند. پرونده بیمار در مراجع قانونی به عنوان قاضی، نقطه عطف دعاوی گروه های ذینفع می باشد و از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت نموده، موجب کسب مصونیت برای گروه پزشکی در مقابل دعاوی بیماران می گردد.

\* با توجه به اینکه مدارک پزشکی نیازهای مستند سازی جهت ایجاد ارتباط بین ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی را فراهم می نماید و علاوه بر کاربردهای درمانی، آموزشی و پژوهشی به منظور حمایت قانونی از بیمار و یا ارائه کننده خدمت استفاده می شود.

\* مستندسازی پرونده پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه متخصصین در امور بهداشت و درمان و تضمین کلیه مراقبت های حیاتی ارائه شده به بیمار است. مستند سازی نوع بیماری، وضعیت بیمار در شروع و ادامه درمان، وسعت و کیفیت مراقبت و درمان فراهم شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و درمان مورد نیاز بیمار را نشان می دهد.

\* در مسائل قانونی، یک پرونده ناقص، انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که "آنچه در پرونده ثبت نشده یعنی انجام نشده" است.

\* الزامات بیمه ای مجموعه ای از الزامات تعیین شده توسط سازمان های بیمه گر، به عنوان خریداران عمده سلامت است که ارائه دهنده خدمت، ملزم به رعایت آنها می باشد.

\* اجرای کلیه نکات مربوط به مستند سازی و پرونده نویسی

\* ویزیت کلیه پزشکان میبایست با مهر و امضاء و تاریخ باشد.

\* در عرض هر 24 ساعت حق ویزیت یک رزیدنت قابل پرداخت است

\* مشاوره های رزیدنت سال 3 و 4 قابل پرداخت میباشد

\* کدهای جراحی باید مطابق با کتاب ارزش نسبی درخواست شود.

\* تمامی اقدامات درمانی باید با امضاء و تاریخ و ساعت به روشنی در پرونده ثبت گردد.

الف: ساختار پرونده بیمار

1- اطلاعات سربرگ اوراق شامل: نام و نام خانوادگی بیمار - شماره پرونده - نام بخش - تاریخ پذیرش - نام پزشک معالج

2- تمام فرم های پرونده اصل باشد و عناصر اطلاعات موجود تکمیل شوند

3- در پرونده برگه شرح حال و معاینات فیزیکی بیمار توسط پزشک معالج تکمیل شود.

4- برگه سیر پیشرفت بیماری روزانه توسط پزشک معالج تکمیل شود

5- اطلاعات و نتایج مشاوره های پزشکی و بررسی پاراکلینیکی به ترتیب زمانی در پرونده پزشکی بیمار درج شود.

6- برگه دستورات پزشکی تکمیل شود

7- برگه خلاصه پرونده موجود باشد و در وقت لازم تکمیل شود  
در صورت جابجایی بین بخشی بیمار، توضیح جابه جایی بیمار در بخش ها بصورت service note و on  
service note موجود باشد.

ب: اصول مستند سازی پرونده بیمار

1- مستندات خوانا باشند

2- تمام گزارش ها و مستندات پرونده بیمار تاریخ و ساعت داشته باشند

3- در تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده نام، نام خانوادگی و سمت ثبت کننده ذکر شود

4- تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بیمار مهر و امضا داشته باشند

### برگه شرح حال و معاینات فیزیکی

در پرونده بیمار برگه شرح حال توسط دستیار، کارورز تکمیل شود.

در برگه شرح حال های تکمیل شده توسط دستیار، کارورز و کارآموز موارد ذیل ذکر شود:

1- مشخصات دموگرافیک بیمار ( سن، جنس، شغل و) ...

2- شکایت اصلی بیمار ( CC: Chief Complaint )

3- شرح بیماری فعلی ( PI: Present Illness )

4- سابقه پزشکی قبل ( PMH: Past Medical History )

5- سابقه خانوادگی ( FH: (Family History )

6- سابقه مصرف دارویی ( DH: (Drug History )

7- سابقه اجتماعی ( SH: (Social History )

8- مروری بر سیستم های حیاتی ( R.O.S (Review Of Systems )

9- معاینه فیزیکی ( PE: (Physical examination )

10- لیست مشکلات بیمار ذکر خلاصه بصورت ( Problem list )

11- تشخیص های افتراقی

12- برنامه تشخیصی و درمانی

13- تاریخ، مهر و امضا پزشک مربوطه

برگه سیر پیشرفت بیماری

-در پرونده بیمار، برگه سیر پیشرفت بیماری روزانه توسط دستیار، کارورز و کارآموز تکمیل شود.

-تاریخ و ساعت نگارش یادداشت شود.

-یادداشت روزانه شامل 4 بخش SOAP می باشد.

-برگه دستورات پزشک تاریخ و زمان ذکر شود.

جهت اهمیت ارتقاء سطح ایمنی بیماران اجرای نکات ذیل در رابطه با ویزیت های روزانه و سیر بیماری لازم الاجرا

می باشد :

## نکات قابل توجه در ویزیت های روزانه:

- 1-ارزیابی ادواری شامل ارزیابی وضعیت و پاسخ بیمار به اجرای طرح درمان و در صورت نیاز بازنگری برنامه براساس پاسخ بیمار
  - 2-ارزیابی مجدد بیمار به منظور تناسب و کارایی تصمیمات درمانی/مراقبتی به منظور تایید یا رد تشخیص اولیه
  - 3-ثبت دستورات دارویی و مراقبتی و تشخیصی درمانی در برگه ی دستورات پزشک و در صورت لزوم تغییر برنامه ی مراقبت و درمان در برگه ی سیر بیماری
  - 4-ثبت پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی در برگه ی سیر بیماری
  - 5-ثبت وضعیت بهبودی بیماری حداقل به صورت روزانه در برگ سیر بیماری
  - 6-ثبت ارزیابی های ادواری در برگه ی سیر بیماری
  - 7-ثبت سیر بیماری با یکی از روش های مبتنی بر وضعیت(الف) یا مبتنی بر مشکل(ب)
  - 8-مندرجات برگه ی سیر باید شامل تاریخ و ساعت امضا و ممهور به مهر پزشک
  - 9-ارزیابی اولیه بیمارطبق محدوده زمانی تعیین شده
- ثبت سیر بیماری در پرونده ی بیمار باید به دو روش ذیل توصیه میگردد:

الف) سنتی (problem oriented method) که ساختار آن به شکل داستان نویسی بوده و تنها اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار ثبت میشود

ب)مبتنی بر مشکل (SOAP) که شامل :

- 1-یافته های موضوعی (تاریخچه) Subjective data
- 2-یافته های هدفمند (فیزیکی و نتایج آزمایشگاهی) Objective data
- 3-فرآیند ارزیابی Assessment process
- 4-برنامه ریزی درمان بر اساس اطلاعات به دست آمده که شامل شناسایی مشکلات(تشخیص) و بررسی پاسخ بیمار به بیماری است Plan

دستورات پزشک با مفاد زیر آغاز شود:

- 1-تشخیص اولیه ( IMPRESSION )
- 2- وضعیت کلی بیمار ( CONDITION )
- (URGENT- EMERGENT- NONURGENT)
- 3- وضعیت استراحت بیمار ( POSITION )
- (SUPINE- SEMISITTING)
- 4- وضعیت فعالیت بیمار (Activity)
- ( CBR- RBR )
- 5- وضعیت تغذیه بیمار (DIET )
- (NPO- PO-LOWSALT DIET- LOW FAT PIET)
- 6- دستورات تشخیصی و دارویی پزشک به طور خوانا نوشته شوند.

7- در نوشتن دستورات دارویی موارد زیر رعایت شود:

-نوشتن نام دارو به طور کامل و خوانا

- فرم مصرفی دارو (TAB و CAP و IV)

-دوز دارو، مقدار داروی لازم، سرعت تزریق دارو، نحوه رقیق کردن دارو، دستور مصرف دارو(فاصل مصرف، مدت مصرف، راه مصرف)

8-درخواست آزمایشات، بررسی های پاراکلینیکی به وضوح مشخص شود.

9-اقدامات لازم در کنترل علائم حیاتی بیمار، مانیتورینگ های لازم و... به درستی نوشته شوند.

10-دستورات لازم در خصوص نحوه پانسمان(محل عمل و...)

11-آماده سازی قبل از انجام بررسی های پاراکلینیکی، آزمایشگاهی، یا قبل از عمل داده شوند.

12-مهر و امضا پزشک مربوطه قید شود.

برگه خلاصه پرونده:

در برگه خلاصه پرونده موارد زیر ذکر شود:

-تاریخ پذیرش، تاریخ ترخیص

-خلاصه شرح حال و معاینات فیزیکی

-نتایج آزمایشات و تصاویر رادیولوژی(خصوصا آخرین نتایج در زمان ترخیص)

-اقدامات درمانی انجام شده

-پروسیجرهای تشخیصی و جراحی های انجام شده

-خلاصه وضعیت بیمار در طول مدت بستری در بیمارستان

-وضعیت بیمار حین ترخیص

-نحوه پیگیری بیمار پس از ترخیص و ذکر تاریخ مراجعه بعدی وی

-داروهای بیمار در زمان ترخیص با ذکر دستورالعمل مصرف آنها

-آموزشات و توضیحات ارائه شده به بیمار و همراهان

-ذکر تشخیص اولیه و تشخیص نهایی

-تاریخ، امضا و مهر پزشک معالج

داروهای ذیل مشمول تلفیق دارویی میباشند. شامل:

1. داروهای نسخه شده

2. ویتامین ها

3. داروهای روی پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آن ها نیاز به تجویز پزشک ندارد.

4. مواد تشخیصی وکنتراست ها

5. تغذیه مکمل

6. فرآورده های خونی

7. مایعات وریدی

8. مواد غذایی

9. داروهای گیاهی

\*تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور جدید است. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می نماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی / داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام شود. حداقل موارد آموزشی جهت ارائه به بیماران تعیین و جهت آگاهی:

1-اطلاعات قابل فهم درباره علل بیماری، نحوه درمان و پیش آگهی آن

2-مراحل و طول مدت احتمالی درمان

3- وجود درمان های جایگزین احتمالی

4- عوارض درمان یا عدم درمان

5 داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آن ها

6-تغذیه و رژیم درمان

7- بازتوانی و سایر

جهت ارتقا سطح ایمنی بیماران در مورد داروهای هشدار بالا:

1-در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند حتما از روش نگارش (Tall Man Lettering) به منظور تاکید بر روی اختلاف اسامی دارویی استفاده شود(استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین در مقابل دوبوتامین).

2-هنگام نسخه نویسی و نسخه پیچی و دادن دارو هفت قانون دارودهی رعایت شود که به شرح زیر است:

1-بیمار صحیح

2-راه مصرف صحیح

3-زمان صحیح

4-دوز مصرف صحیح

5-داروی صحیح

6-مستندسازی صحیح

7-حق کارکنان و بیمار در ارتباط با سوال در مورد دارو

جهت شناسایی فعال بیماران از سیستم کد بندی بر روی دستبند شناسایی به رنگ قرمز در بیماران مبتلا به آلرژی و رنگ زرد برای بیماران در معرض خطر از جمله (بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترمبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سوء تغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار گیرد کدها مصوب کمیته اخلاق بالینی و دارو درمان تجهیزات به شرح ذیل می باشد:

رنگ	نام بیماری	کدبندی ها
قرمز	آرژری	-
زرد	زخم فشاری (Bed sore)	B
	سقوط ( Fall )	F
	ترمبوآمبولیسم (Thrombo Embolism)	T
	خودکشی ( Suicide Risk )	S
	سوء تغذیه ( Malnutrition )	M
	تشنج ( Convulsion )	C

### تغذیه بیماران:

- 1- تعیین و تکلیف نوع رژیم غذایی برای تمامی بیماران
  - 2- ثبت دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده اعم از رژیم غذایی معمولی، دیابتی، پرکالری و.....
  - 3- درخواست مشاوره تغذیه برای \*18 بیماران اولویت دار
  - 4- درخواست مشاوره تغذیه برای تمامی بیماران بستری بیشتر از 24 ساعت در بخش های ویژه
  - 5- درخواست مجدد مشاوره جهت تکمیل فرم پیگیری تغذیه در بخش های ویژه بعد از 3 روز و بخش های عادی بعد از 5 روز (در صورت تغییر رژیم غذایی، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع گاوژ این زمان کوتاه تر می شود).
  - 6- پزشکان محترم باید برگه مشاوره تغذیه را امضاء نمایند.
- \*18 بیماری الوویت دار جهت مشاوره تغذیه (بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هردلیل (NPO) نیاز به تغذیه انترال و پیرانترال)، دیابت /دیابت کنترل نشده در بخش های جراحی، فشارخون بالا و بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، سوختگی، سکت، نارسای کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری های نورولوژی منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن، بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر

### روش هایی ذیل جهت مصرف ایمن تر دارو ها توصیه می گردد :

- 1- استفاده از اسامی ژنریک
  - 2- نسخه نویسی داروهای بیمار با توجه به نیازهای فردی بیماران
  - 3- اخذ تاریخچه کامل دارویی
  - 4- توجه به خطر بالای وقایع ناخواسته ی داروها
- \*هیچگاه دارویی را که به طور 100 درصد نمی دانید چیست به بیمار ندهید.
- اهمیت ارتقاء سطح ایمنی بیماران در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد و همچنین تجویز داروهای فوق توسط پزشک متخصص (یا بالاتر) انجام شود.