



معاونت آموزشی و پژوهشی  
دکترتوسعه آموزش بالینی (اعتبار بخشی آموزشی)

راهنمای ثبت مستندات و مدارک نوشتاری در  
پرونده پزشکی



## مقدمه

در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین و غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار 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.

پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخ گوی تمامی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد، که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند.

## اصول کلی مستندسازی فرم های پرونده پزشکی:

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 سربرگ فرم ها (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش، 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 مستندساز تأیید 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، خودکار سبز برای مستندسازی استفاده نشود.

۷- مستندات و ثبیتات 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- مستندسازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود.

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

۱۱- اشتباهات مستندسازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلطگیر استفاده نگردد. ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته شود. (Error) و 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 شد تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با فرد 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 و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید براساس فرمت SOAP مستند گردد.

۱۵- اگر مشاوره ای درخواست می گردد باید حتماً گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه و 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، نتایج آزمایشات و تصویر برداری 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 ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

### **مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی**

۱- فرم خلاصه ترخیص (موارد مربوط به پزشک معالج):

- 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.

- در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.
- از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ها تا حد امکان خوداری گردد.
- از ثبت علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.
- در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است.
- در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.
- وضعیت بیمار به هنگام ترخیص، ثبت گردد.
- در صورت فوت بیمار، ثبت علت فوت به همراه تاریخ، ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از ۴۸ ساعت الزامی است.
- در صورت انجام اتوپسی برای بیماران فوت شده، در محل مربوطه ثبت گردد.

## 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 هر گونه 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 سربرگ و ثبت مشخصات بیمار الزامی است
- ۳- تکمیل کلیه موارد ثبت شده بر روی این فرم (تاریخ ترخیص، شکایت 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 صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه پرونده اشاره شود.
- ۶- مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است.
- ۷- وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است (لازم به توضیح ات که کپی این فرم باید به بیمار داده شود)

### ۳- فرم شرح حال و معاینه

- ۱- فرم شرح حال و معاینات بدنی باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

۲- 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 از بهترین کسی که دقیقترین و بیشترین اطلاعات را دارد اخذ گردد.

### ۳- 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.
  - مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، نحوه بروز حادثه یا مسمومیت ثبت گردد.
  - بیماری فعلی: شرح حال کاملی از زمان پیدایش بیماری بر حسب تاریخ و پیشرفت بیماری از بروز نخستین علامت تا حال حاضر.
  - سابقه شخصی: وضعیت تأهل، عادات، سوابق اجتماعی، شغلی و محیط کار و زندگی فرد، به خصوص اگر این عوامل در ایجاد بیماری نقش داشته باشند.
  - سابقه اجتماعی (مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت روزانه).
  - سابقه دارویی (داروهای در حال مصرف و حساسیت ها).
- ۴- معاینه بدنی بیمار شامل: عمومی، پوست، سر، چشم، گوش، بینی، گلو، تنفس و ...



۵- 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.

۶- 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.

#### ۴- فرم سیر بیماری

۱- هدف تکمیل فرم سیر بیماری، یعنی مستندسازی پاسخ بیمار به درمان، مورد تاکید قرار گیرد، و به این فرمت ارائه شود:

۲- یادداشت های پذیرش بیمار، یادداشت های بعدی، یادداشت های نهایی

۳- یادداشت 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 فرآیند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.

۴- از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل «حال عمومی بیمار خوب است»، خودداری شود.

۵- مهر و امضاء پزشک الزام است. در مراکز آموزشی-درمانی، اگر فرم سیر بیماری توسط اینترنت یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده باید توسط پزشک مسئول نیز تایید، مهر و امضاء گردد.

### ۵- فرم درخواست مشاوره پزشکی

۱- ثبت تاریخ و ساعت مشاوره، نام پزشک درخواست کننده و نوع مشاوره اورژانس یا غیر اورژانس و مهر و امضاء پزشک درخواست کننده الزامی است.

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

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

۴- 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.

## ۶- فرم دستورات پزشک

۱- ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است.

۲- دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.

۳- مهر و امضاء پزشک در پایان دستورات الزامی است.

۴- پزشک باید در انتهای دستورات آنها را ببندد.

۵- وقتی که پزشک بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی می دهد، پرستار باید آن را در فرم دستور پزشک نوشته و همچنین اسم پزشک را مشخص نماید. زمان صدور دستور و امضاء خودش را نیز باید مشخص نماید و پزشک نیز باید در اسرع وقت دستورات تلفنی خود را امضاء و مهر نماید. دستورات شفاهی (تلفنی) باید توسط دو پرستار تایید و امضاء شود.

