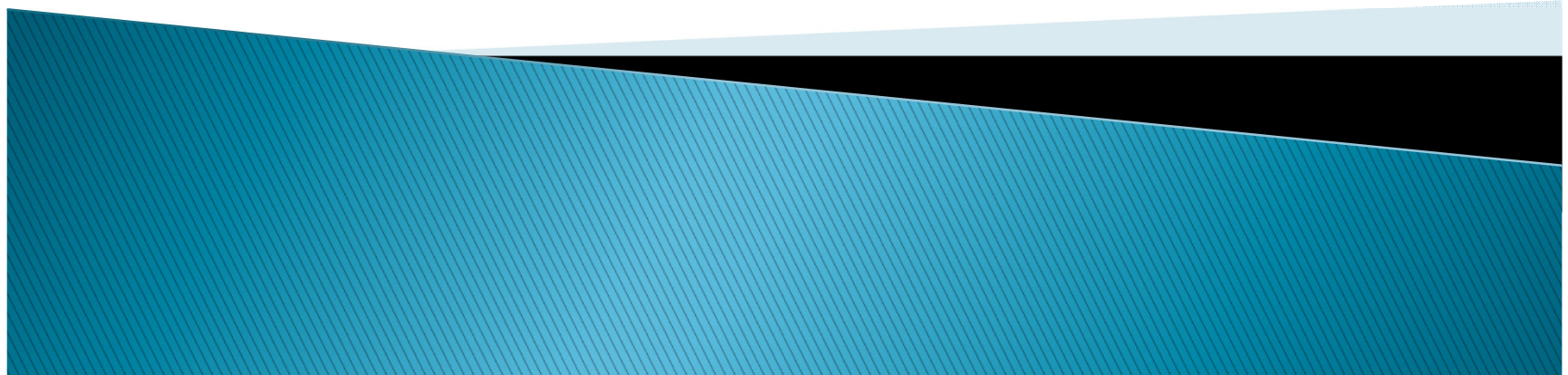
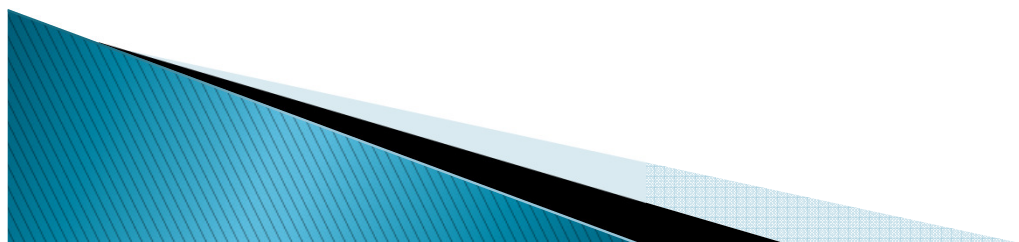


پرونده پزشکی- مجموعه ای از اطلاعات
مربوط به بیمار است که شامل اطلاعات
هویتی، تابلوی بیماری، مشکلات و علائم
بیماری است.



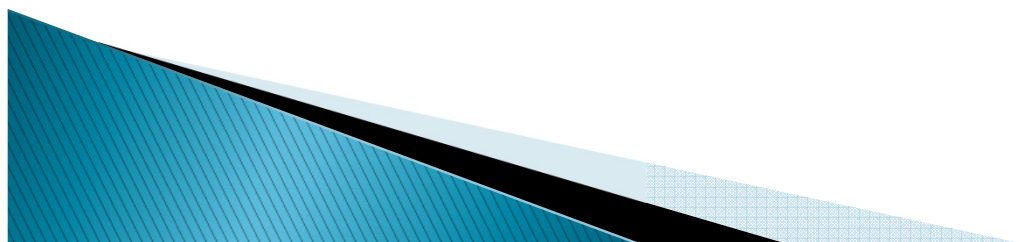
اهمیت پرونده پزشکی

1. ابزار ارتباطی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی درمانی
2. ارزیابی مراقبت های بهداشتی درمانی
3. مدرک قانونی
4. پژوهش و آموزش
5. اعتبار بخشی و تایید مراکز درمانی
6. باز پرداخت هزینه های درمانی توسط ادارات بیمه
7. بهبود عملکرد



اوراق پرونده

پرونده شامل تعدادی اوراق میباشد که جهت یکسان سازی توسط وزارت متبوع از عدد 1 الی 18 نامگذاری شده است. علاوه بر این اوراق تعدادی فرم از جمله: فرم آموزش به بیمار، رضایت آگاهانه، جراحی ایمن و.... که توسط بیمارستان طراحی شده و به تایید کمیته مدارک پزشکی رسیده باشد به پرونده اضافه خواهد شد.



گروه هایی که مجوز مستند سازی در پرونده
پزشکی را دارند

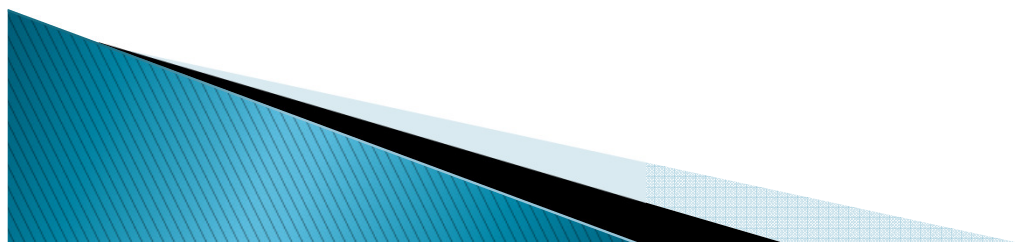
-مسولین پذیرش بیمار

پزشکان

-کارشناس پرستاری (در اطاق عمل
کاردان بیهوشی و کاردان اطاق عمل)

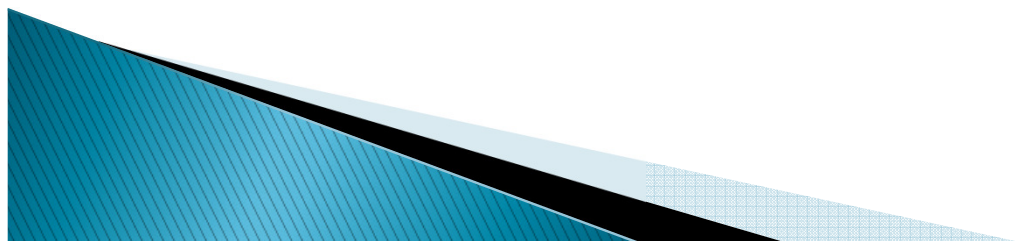
-کارکنان واحد های پاراکلینیک

► برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار هستند حداقل های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارشهای مربوط به بیمار مشخص شده و در پرونده بیمار رعایت میشود.



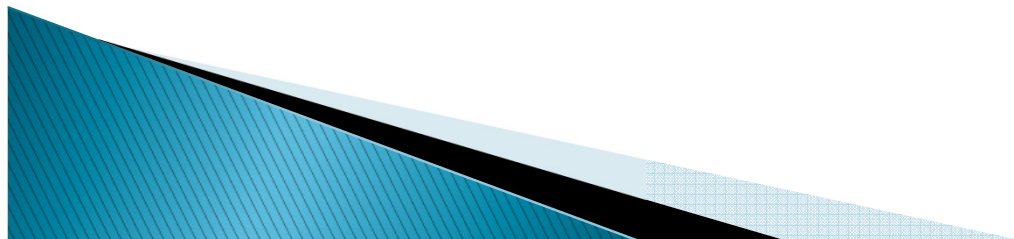
دستورالعملهای مستند سازی

- 1- چگونه مستند سازی انجام شود. (**HOW**)
- 2- چه چیزی مستند شود. (**WHAT**)
- 3- چه موقع مستند شود. (**WHEN**)
- 4- چه کسی مستند کند. (**WHO**)



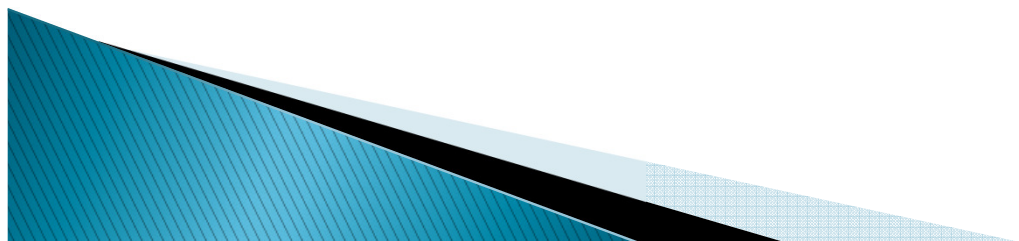
چگونه مستند سازی انجام شود

- ▶ داده های ثبت شده باید دارای ارزشهای درست و معتبر باشد.
- داده ها به آسانی قابل اکتساب باشند.
- تمام داده های مورد نیاز جمع آوری و ثبت شده باشند.
- داده ها به روز باشند.
- صفات و ارزش داده ها باید بصورت مشروح تعریف شده و در برگیرنده جزئیات لازم باشد.
- داده ها دقیق و مرتبط باشد.
- اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.



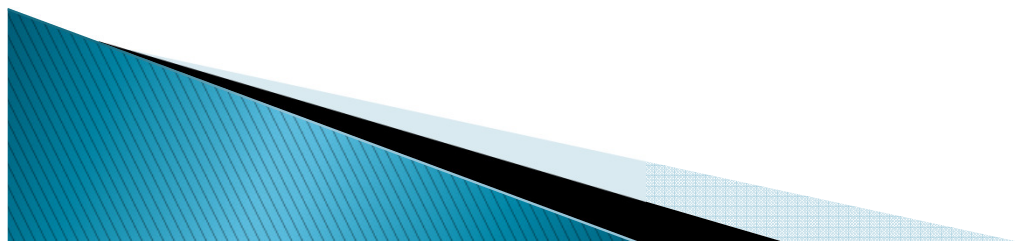
چه چیزی مستند شود

- ▶ در مسائل قانونی یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. دیدگاه حقوقی مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاریهای درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که آنچه در پرونده **ثبت نشده** یعنی **انجام نشده**.
- در صورت استفاده از اختصارات بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار استفاده شود.
- اختصارات باید از بخشهای حیاتی تر پرونده بیمار (تشخیصهای نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث و علل فوت) حذف شوند.
- خوانا بودن از دیگر مشخصات ثبت اطلاعات میباشد.



چه موقع مستند شود

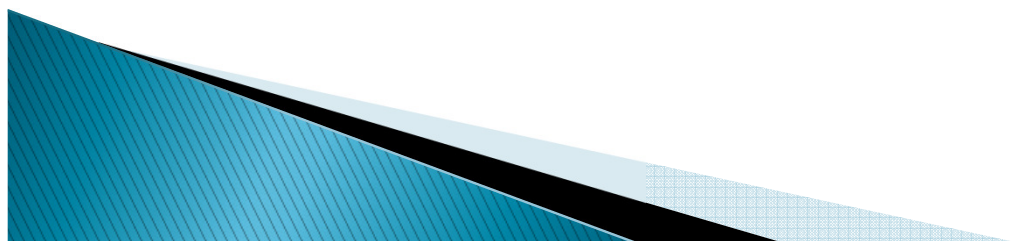
- ▶ مراقبت و درمان رابه هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.
- هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.



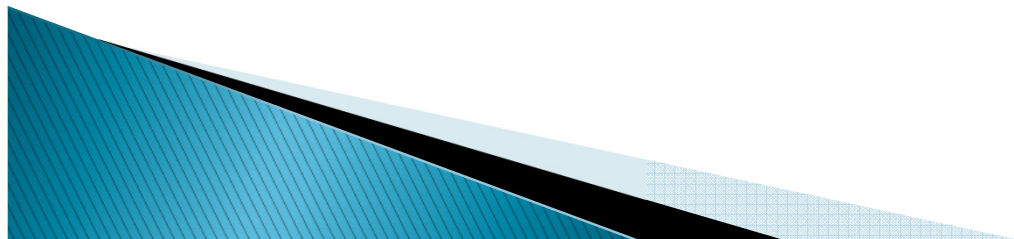
بررسی پرونده ها

اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک

- محدوده زمانی اولین ارزیابی مشخص شده باشد.
- اولین ارزیابی بیمار با ذکر ساعت و تاریخ در برگه دستورات پزشک و برگه تریاژ با مهر و امضا پزشک ثبت شده باشد.
- در صورتی که در ارزیابی اولیه بیمار در گروه پر خطر قرار گرفته باشد درخواست ویزیت بعدی توسط دستیار ارشد یا پزشک متخصص صورت گرفته و ویزیت مورد درخواست انجام شده باشد.
- وجود خط مشی اطمینان از اینکه شرح حال توسط پزشک معالج در محدوده زمانی تعیین شده انجام میشود.

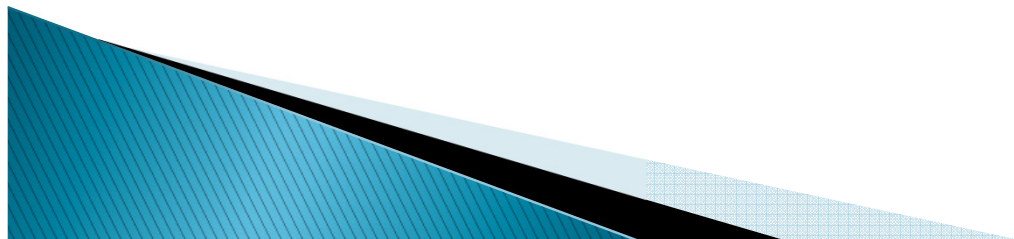


► -پزشک معالج داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش مورد بررسی قرار دهد و در مورد قطع یا ادامه داروها تصمیم گرفته باشد و در برگ دستورات پزشک و برگ شرح حال و فرم تلفیق دارویی ثبت کرده باشد



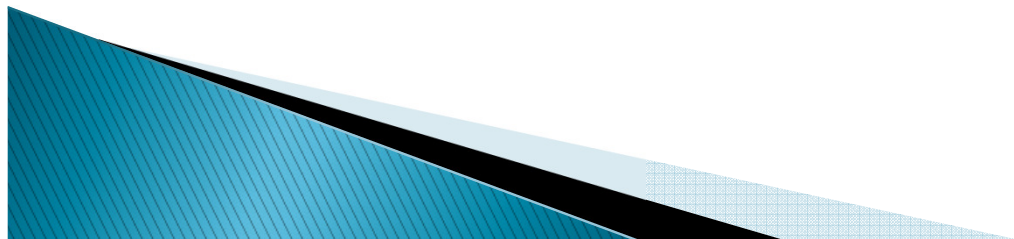
اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار

-محدوده زمانی توسط بیمارستان مشخص شده باشد.
در برگ گزارش پرستاری و فرمهای ارزیابی اولیه با ذکر
ساعت و تاریخ و مهر و امضا پرستار ثبت شده باشد.
خط مشی مربوطه نوشته و موجود باشد.



خط مشی مشاوره تدوین شده و درخواست مشاوره براساس آن کنترل میگردد.

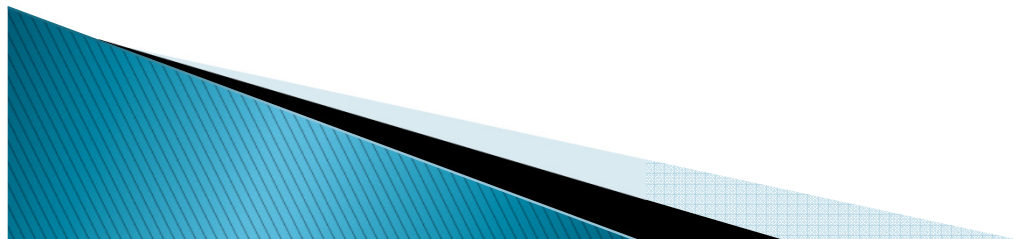
خط مشی در مورد بیماری که دچار شرایط اورژانسی شده اند نوشته و در برگ گزارش پرستاری و دستورات پزشکی و برگ مشاوره مستندات بررسی میگردد.



ارزیابی اولیه

ارزیابی اولیه خدمات تسکینی و درمانی

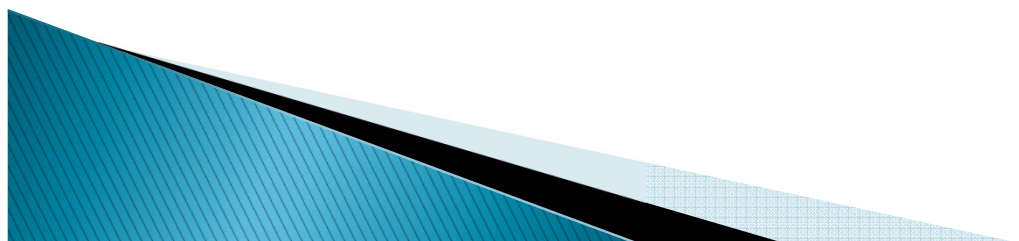
طراحی فرم ارزیابی اولیه که در آن به وجود درد، نوع درد، شدت درد، نوع داروی مسکنی که استفاده میکنند و تاریخچه استفاده از داروهای مسکن و... توسط بیمارستان و تایید آن توسط کمیته مدارک پزشکی آن مرکز.



فرم ارزیابی اولیه خدمات تسکینی درمانی

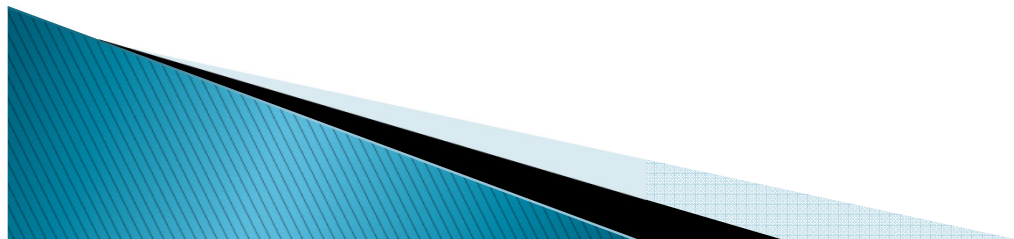
مشاهدات و مصاحبه	نوع دارو	بلی	خیر
آیا بیمار درد دارد؟			
آیا از مخدر استفاده میکند؟			
آیا از داروی مسکن استفاده میکند؟			
آیا میتواند شدت درد را بیان کند؟ از عدد 1 تا 10			
مدت زمان استفاده از آرام بخش را ذکر کند.			
محل درد را مشخص نماید.			
در روز چند بار مصرف می نماید.			

مهر و امضا پرستار



ارزیابی تغذیه ای

► ارزیابی تغذیه ای بوسیله فرم ارزیابی اولیه (فایل پیوست) توسط پرستار انجام میشود. در صورتی که یکی از آیتمهای ارزیابی اولیه مثبت بود میبایست مشاوره تغذیه تکمیلی درخواست گردد. لازم بذکر است در مورد مادران باردار و کودکان رنج محاسبه **BMI** متفاوت بوده و متعاقبا توسط وزارتخانه اعلام خواهد شد.



فرم ارزیابی اولیه تغذیه

[illegible]

نام و نام خانوادگی و
مهر و امضای پرستار

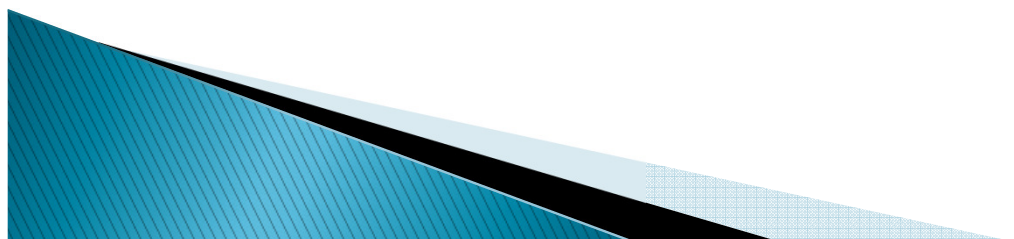
دستور العمل تکمیل فرم :

- این فرم در زمان پذیرش توسط پرستار تکمیل می شود.
- در ردیف 1، نمایه توده بدنی از تقسیم عدد وزن بر حسب کیلو گرم بر مجذور قد بر حسب متر بدست می آید:

وزن (کیلوگرام)
(قد)

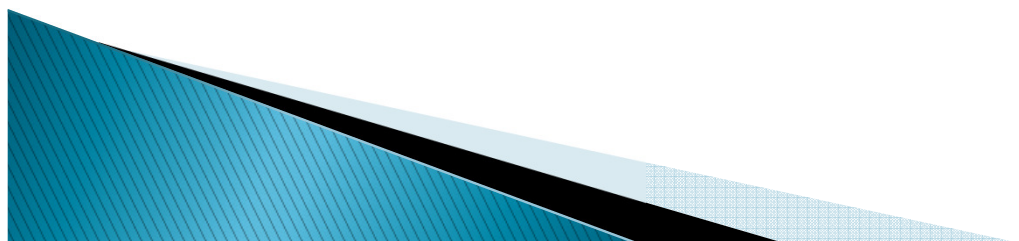
- در ردیف 3 منظور از ضایع بودن میماری آن است که از پایه طوق کلی وضعیت کلی بیمار را تعیین از ضایع می کند و به طور مثال نیاز به درمان ویژه ICU یا CCU یا intensive therapy دارد یا خیر
- اگر جواب یکی از سوالات جدول باشد، فرم ارزیابی اولیه ضایع توسط پزشک مشاور تغذیه تکمیل شود.
- اگر جواب همه سوالات جدول خیر باشد، بیمار با فاصله یک هفته، مجدداً با استفاده از این جدول ارزیابی شود.
- توجه: اگر بیمار در منزل باشد، ارزیابی توسط مشاور تغذیه انجام پذیرد.
- قابلیت تغذیه ای قبل از عمل جهت اجتناب از خطر در نظر گرفته شود.

فرم ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای
Primary Professional Nutritional Assessment
بیمارستان.....



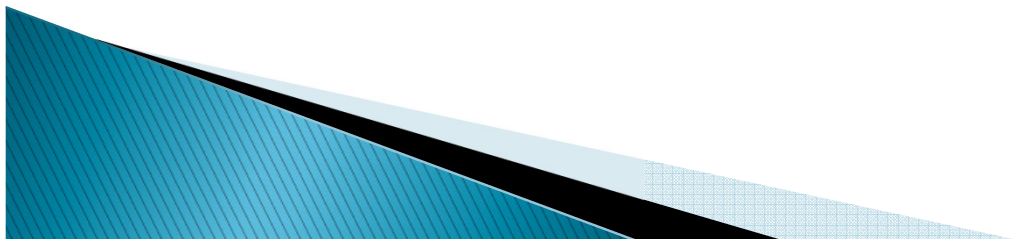
ارزیابی اولیه خدمات مددکاری و اجتماعی

- -بررسی ارزیابی اولیه خدمات مددکاری اجتماعی بر اساس روش
مکتوب اعلام شده از سوی بیمارستان مربوطه حداکثر در طی 6
ساعت اولیه بستری بیمار صورت میپذیرد.



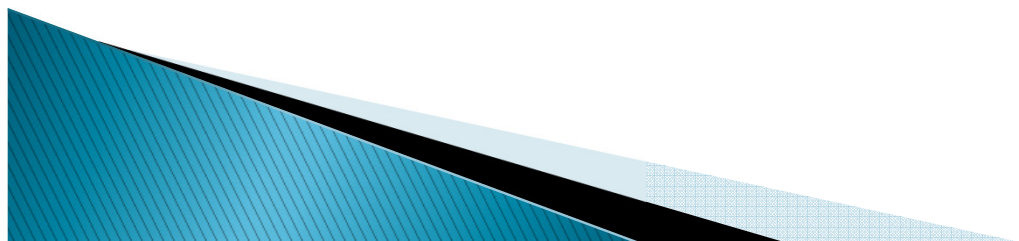
ارزیابی برنامه ارتقا سلامت

► -برنامه ارتقا سلامت و روش ارزیابی آن توسط بیمارستان مشخص و ابلاغ شده باشد.



ارزیابی مجدد

► ارزیابی مجدد بیمار در فواصل زمانی مناسب انجام و نتایج آن در پرونده بیمار ثبت میشود.

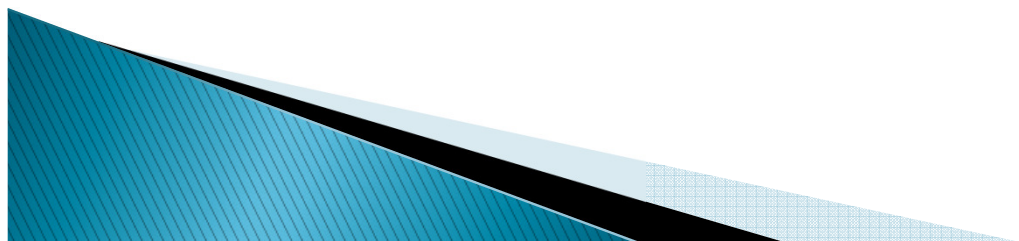


گزارش پرستاری

- ▶ -توسط کارشناس انجام شود. (به استثنای اطاق عمل)
- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن
- ساعت و تحویل پذیرش بیمار و تحویل از نوبت قبلی
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار
- برنامه درمانی و بررسیها و آزمایشات درخواست شده
- نحوه ورود بیمار به بخش
- آموزش به بیمار
- ثبت گزارش پرستاری حداقل در هر نوبت کاری
- ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و پیگیری آزمایشات
- مهر و امضای پرستار در انتهای گزارش
- مراقبتهای پرستاری در راستای دستورات پزشک باشد.

گزارشات پزشکی

- ▶ ثبت گزارشات توسط افراد مجاز صورت پذیرد.
- بررسی مستندات در برگ شرح حال،دستورات پزشک و فرم آموزش به بیمار توسط پزشک انجام میشود.شامل:تاریخ و ساعت،نتایج حاصل از اخذ شرح حال و معاینات بالینی بیمار
- دستورات مراقبتی و درمانی،بررسی ها و اقدامات پاراکلینیکی و آموزشهای ارائه شده به بیمار و همراه بیمار و مهر و امضا پزشک



ثبت مستندات

► ثبت مستندات توسط افراد مجاز

- ثبت اطلاعات با خودکار

- خط خوانا

- ثبت مشخصات هویتی بیمار در تمام صفحات و روی جلد

پرونده

- فضای خالی بین و در انتهای نوشته ها وجود نداشته باشد.

- استفاده نکردن از لاک غلط گیر

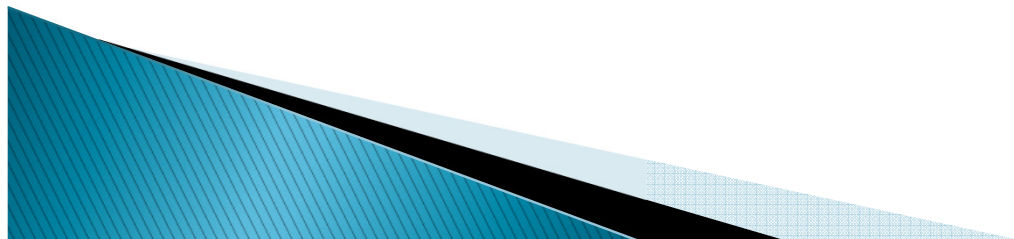
- ثبت تعداد قلم خوردگی در پایان گزارش

- وجود فرم تریاژ در پرونده بیماران بستری از اورژانس

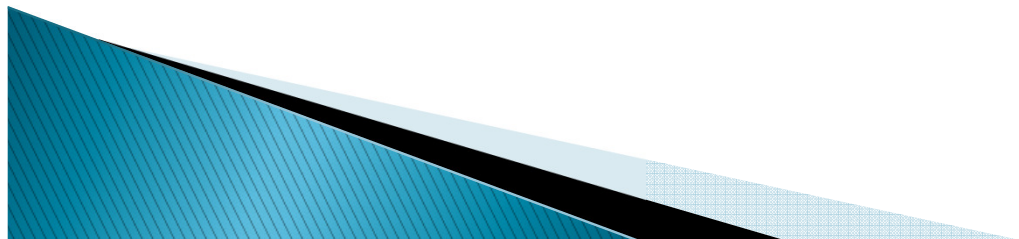
- ثبت گزارش سیر بیماری روزانه توسط پزشک

- برگ خلاصه پرونده خوانا، کامل و مهر شده توسط پزشک

معالج

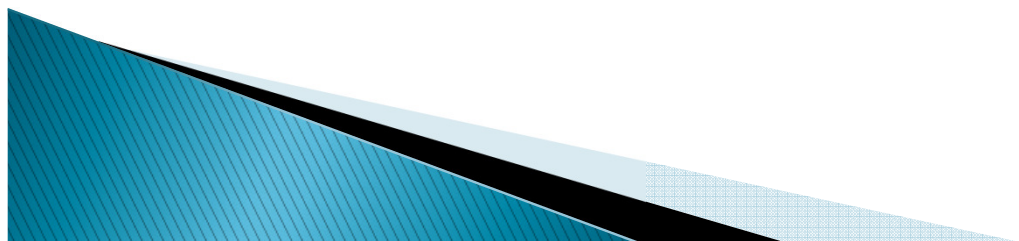


- ▶ -ثبت گزارش مراقبت محل عمل، قبل و پس از عمل، مراقبت‌های پیشگیری از زخم فشاری
- ثبت وزن بیمار و سن در کودکان در فرم دستورات دارویی ، فرم بیهوشی و فرم گزارش پرستاری
- ثبت نحوه محاسبه دوز دارویی و روش تجویز دارو
- ثبت گزارش دارو دهی بعد از دادن دارو
- ثبت گزارش داروهای پر خطر توسط دو پرستار
- ثبت گزارش تصویر برداری حداکثر مدت 24 ساعت



فرم آموزش به بیمار و همراه توسط پزشک

- ▶ در این فرم در خصوص دوز دارویی، مدت زمان مصرف دارو، نحوه صحیح مصرف دارو، مراقبتهای تغذیه، نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روشهای جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان توسط پزشک آموزش داده و ثبت شود. در پایان آموزش مهر و امضا بیمار یا همراه و مهر و امضا پزشک آموزش دهنده ثبت گردد.



فرم آموزش به بیمار توسط پرستار

- ▶ این فرم دارای مشخصات هویتی آموزش گیرنده شامل: نام، نام خانوادگی، سن، تحصیلات، علت بستری، عناوین آموزشی ارائه شده در زمان پذیرش یا حین بستری، توصیه های لازم در خصوص ایمنی بیمار مانند پیشگیری از خطر سقوط، و عناوین آموزشی ارائه شده در زمان ترخیص و مهر و امضا آموزش دهنده و اثر انگشت آموزش گیرنده در پایان هر بار آموزش با ذکر ساعت و تاریخ.

