



راهنمای تکمیل پرونده بستری بخش اورژانس بیمارستان

اداره اورژانس بیمارستانی

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

بهار ۱۴۰۲

تهیه و تنظیم (به ترتیب الفبا)

دکتر حسن واعظی: رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان وزارت بهداشت
دکتر امیرصادق علیمردانی: معاون فنی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
دکتر مرجان قطبی: معاون اجرایی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
دکتر فرزاد رحمانی: رئیس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
فرناز مستوفیان: کارشناس مسئول ایمنی بیمار و کنترل عفونت بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
دکتر لیلا حسینی قوام آباد: رئیس اداره آمار و فناوری اطلاعات سلامت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
دکتر اکرم واحدی: کارشناس اداره آمار و فناوری اطلاعات سلامت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
دکتر مریم رسولی: مدیرکل دفتر ارتقا سلامت و خدمات پرستاری معاونت پرستاری
سمیه هداوند میرزایی: رئیس گروه تحقیق و توسعه خدمات پرستاری معاونت پرستاری
دکتر زهرا اسماعیلی شاهرودی: اداره کل کمیسیون های پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور
مهدیه السادات احمدزاده: کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
پروانه محمودی: کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
سمیرا شصتی: کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

با همکاری

دکتر محبوبه میرزایی: دکترای مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیمین درایه: دکترای مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
نرگس پاک: کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی ایران
مسعود جوادی: کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی ایران
و اعضای منتخب کارگروه ارتقا خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور

تحت نظارت

دکتر سعید کریمی - معاون درمان وزارت

مقدمه:

مطابق دستورالعمل تریاژ کشوری سطح بندی بیماران برای تمامی مراجعین اورژانس بر اساس الگوی استاندارد ESI نسخه چهار انجام می گردد و فرم تریاژ تکمیل می شود.

صفحه اول فرم تریاژ برای تمامی مراجعین به بخش اورژانس می بایست تکمیل گردد. ولی صفحه دوم (پشت) فرم تریاژ صرفاً برای بیماران سرپایی طراحی شده است لذا در صورت تشکیل پرونده بستری بخش اورژانس نیاز به تکمیل و نگارش صفحه دوم فرم تریاژ از جمله شرح حال، دستورات پزشک و گزارش پرستاری، تشخیص و وضعیت نهایی بیمار و ... وجود ندارد و در واقع، تریاژ بیماران واجد تشکیل پرونده اورژانس صرفاً در صفحه اول فرم تریاژ ثبت شده و سایر موارد و اقدامات پس از تشکیل پرونده اورژانس ثبت می گردد.

پشت فرم تریاژ به عنوان حداقل مستندات بیمار در بخش اورژانس می باشد ولی در موارد غیر الزام به تشکیل پرونده مانند بیماران سطح ۴ بدون پروسیجر و بیماران سطح ۵ تریاژ، صفحه دوم فرم تریاژ تکمیل می گردد. همچنین در صورتی که بیمار واجد تشکیل پرونده بستری بخش اورژانس بوده و تمایل به تشکیل پرونده و ادامه درمان در آن مرکز درمانی را ندارد، نکات مورد نظر برای تکمیل فرایند گردش کار از جمله ترک با مسئولیت شخصی در این قسمت ثبت می گردد و این فرم برای موارد قانونی احتمالی بعدی بایستی نگهداری گردد.

بعد از انجام فرایند تریاژ، بایستی بیمار به واحد پذیرش جهت تشکیل پرونده اورژانس (بستری یا سرپایی) مطابق با سطح تریاژ مراجعه نماید تا به واحد مرتبط در بخش اورژانس ارجاع گردد. پرونده بستری بخش اورژانس بیمارستانی برای بیماران سطوح ۱، ۲، ۳ و ۴ نیازمند پروسیجر تشکیل می گردد که دارای ۷ صفحه به شرح ذیل می باشد:

- ✓ فرم پذیرش بخش اورژانس بیمارستان
- ✓ فرم رضایت نامه
- ✓ فرم شرح حال و معاینه فیزیکی بخش اورژانس
- ✓ فرم دستورات پزشک بخش اورژانس
- ✓ فرم گزارش پرستاری بخش اورژانس
- ✓ فرم درخواست مشاوره بخش اورژانس
- ✓ فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس

بر اساس وخامت و شرایط خاص هر بیمار و نیاز به اقدامات تشخیصی و درمانی ویژه، ممکن است فرم های مجزایی به پرونده بیمار مورد نظر ضمیمه گردد.

لازم به ذکر است درج شماره پرونده بستری بخش اورژانس، نام و نام خانوادگی بیمار، نام پزشک معالج و تاریخ پذیرش بیمار در تمام صفحات اول پرونده بستری اورژانس ضروری است.

فرم پذیرش بخش اورژانس بیمارستان:

۱. شماره پرونده بستری بخش اورژانس در باکس (سمت راست بالا) و سطح تریاژ بیمار در باکس (سمت چپ بالا) ثبت گردد.
۲. در ابتدای فرم پذیرش، اطلاعات دموگرافیک بیمار و نام پزشک بستری کننده توسط مسئول پذیرش تکمیل گردد.
۳. در قسمت دوم تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، نحوه ورود بیمار به اورژانس، نوع و شماره بیمه تکمیل گردد. نحوه ورود یا مراجعه بیمار به اورژانس شامل: آمبولانس ۱۱۵، آمبولانس خصوصی، مراجعه شخصی، پلیس و سایر موارد مثلا اعزام و ارجاع از سایر مراکز می‌باشد. همچنین ارجاع از سطوح نظام ارجاع نیز در این قسمت باید مشخص گردد.
۴. در قسمت بعد تشخیص اولیه، تشخیص نهایی و یا گروه تشخیصی مرتبط، علت خارجی ثبت می‌گردد.
۵. منظور از تشخیص اولیه، تشخیصی است که بر اساس علائم بیمار هنگام مراجعه به اورژانس و در جریان اولین ارزیابی پزشک ثبت می‌شود. منظور از تشخیص نهایی همان تشخیصی است که در لحظه تعیین تکلیف بیمار با آن تشخیص، بستری یا مرخص می‌شود. منظور از علت خارجی، همان علت آسیب می‌باشد که بر اساس کدهای مندرج در بخش External cause of morbidity and mortality (V01-Y98)/ CHAPTER XX International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision ICD-10 از کتاب International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision ICD-10 تکمیل می‌گردد. این قسمت می‌بایست توسط پزشک اورژانس تکمیل گردد.
۶. منظور از کد بیماری (Disease Code)، کد تشخیصی بر اساس ICD می‌باشد که در زمان ترخیص توسط کدگذار در واحد مدیریت اطلاعات سلامت تکمیل می‌گردد.
۷. در قسمت بعد، وضعیت نهایی بیمار پس از تعیین تکلیف و خروج وی از اورژانس مشخص می‌گردد که شامل انتقال به بخش، انتقال به بیمارستان دیگر، ترخیص، ترک با مسئولیت شخصی، ترک بدون اطلاع (پس از معاینه و صدور دستورات پزشکی)، فوت و همچنین اعلام تاریخ و ساعت تعیین تکلیف بیمار و ساعت خروج بیمار می‌باشد. لازم به ذکر است در صورت انتقال بیمار به بخش، نام بخش مربوطه در سرویس تخصصی نهایی و یا در صورت اعزام، نام بیمارستان پذیرش دهنده بیمار و علت اعزام، می‌بایست توسط پرستار مسئول بیمار نوشته شود.
۸. منظور از نام سرویس تخصصی در قسمت تعیین تکلیف، سرویس تخصصی است که دستور کتبی بستری در آن سرویس توسط مدیر تخت یا پزشک سرویس تخصصی مربوطه در برگ دستورات پزشکی ثبت شده است. منظور از تاریخ و ساعت تعیین تکلیف مطابق دستورالعمل جامع اورژانس بیمارستانی زمانی است که بیمار مشمول هر یک از مصادیق تعیین تکلیف می‌گردد از جمله دستور بستری، فوت، اعزام و ترخیص و ... دستور انتقال به سرویس مشمول مصادیق تعیین تکلیف نیست.
۹. در قسمت سرویس درمانی تعیین شده ممکن است بیمار در یک سرویس مشخص تعیین تکلیف شده باشد ولی به دلیل نبود تخت خالی در بخش دیگر بستری گردد.
۱۰. در پایین صفحه نام و نام خانوادگی، مهر و امضای مسئول پذیرش، پزشک اورژانس (پزشک معالج) و پرستار مسئول بیمار در بخش اورژانس ثبت گردد. محل امضای پزشک اورژانس در صورت وجود متخصص طب اورژانس، توسط ایشان و در صورتی که بخش اورژانس فاقد متخصص بوده و توسط پزشک عمومی اداره می‌گردد توسط وی، مهر و امضا می‌گردد.

فرم رضایت نامه:

۱. در پشت فرم پذیرش بیمار، اجازه استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی بیمار، توسط مسئول پذیرش از بیمار اخذ می گردد.
۲. در ادامه فرم رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/ درمانی/ جراحی و عدم رضایت به اقدامات تشخیصی/ درمانی/ جراحی پیشنهادی و ترک با مسئولیت شخصی طراحی شده است. با تکمیل این صفحه نیازی به تکمیل قسمت های مرتبط در پشت فرم تریاژ و یا در برگه جداگانه نیست، تکمیل این قسمت برای همه بیماران بستری در بخش اورژانس، بدون در نظر گرفتن مدت زمان اقامت آنان، کفایت می کند.
- تبصره: همانگونه که قبلاً گفته شد تنها در صورتی که بیمار واجد تشکیل پرونده بستری بخش اورژانس بوده و تمایل به تشکیل پرونده و ادامه درمان در آن مرکز درمانی را ندارد قسمت پشت فرم تریاژ از جمله ترک با مسئولیت شخصی تکمیل می گردد که در این صورت این فرم بایستی جهت پاسخگویی های احتمالی بعدی در محل مناسب نگهداری گردد.
۳. رضایت آگاهانه جهت انجام اقدامات تشخیصی/ درمانی/ جراحی و یا درک درمان و همچنین فرم ترک با مسئولیت شخصی حتماً می بایست توسط پزشک معالج بیمار اخذ گردد و در نهایت توسط پزشک معالج، پرستار مسئول شیفت و سوپروایزر کشیک بخش اورژانس/ بیمارستان تأیید، مهر و امضا گردد.
۴. فرم رضایت نامه تنها در صورتی از بیمار یا ولی بیمار اخذ می گردد که ایشان صلاحیت تصمیم گیری را مطابق قوانین داشته باشند. لازم به ذکر است در موارد اقدامات اورژانسی و شرایط تهدیدکننده حیات، نیازی به تکمیل این فرم نمی باشد.

فرم شرح حال و معاینه فیزیکی بخش اورژانس:

۱. در فرم شرح حال، در هنگام ویزیت اولیه بیمار توسط پزشک، تاریخ و ساعت اولین ویزیت پزشک به صورت دقیق ثبت گردد. نام گوینده شرح حال (بیمار یا همراه بیمار)، علت مراجعه یا شکایت اصلی بیمار (در بیماران هوشیار توسط بیمار بیان می شود)، زمان شروع علائم بیماری، سابقه پزشکی، دارویی، حساسیت دارویی و غذایی و شرح حال بیمار ثبت گردد.
۲. پزشک وضعیت هوشیاری بیمار را تعیین و ثبت می کند. علائم حیاتی بیمار شامل فشارخون (سیستول و دیاستول)، تنفس، دمای بدن، تعداد ضربان بیمار، درصد اشباع اکسیژن خون، شدت درد، معیار شدت تروما (GAP) و مقیاس کمای گلاسکو (GCS) بر اساس نیاز و شرایط بالینی بیمار، توسط پزشک اخذ شده و ثبت گردد. لازم به ذکر است کنترل قند خون برای بیماران دیابتی و بیماران با اختلال سطح هوشیاری و یا براساس شک بالینی پزشک در قسمت شرح حال تکمیل می گردد.
۳. شدت درد نیز بر اساس معیار (NRS) Numerical Rating Scale بین ۱-۱۰ ثبت می گردد. امتیاز ۱ نشان دهنده درد بسیار خفیف و امتیاز ۱۰ نشان دهنده درد بسیار شدید می باشد.
۴. معیار شدت تروما برای بیماران ترومایی و حوادث ترافیکی بر اساس جدول امتیازات و سطح بندی بیماران در معیار GAP و با استفاده از جمع امتیازات بر اساس سن، مقیاس کمای گلاسکو و فشار خون سیستولی تکمیل گردد.
۵. مقیاس کمای گلاسکو بر اساس جمع مقادیر و امتیازات سیستم حرکتی، حرکت چشمها و پاسخ کلامی محاسبه می گردد که لازم است امتیازات هر قسمت به صورت جداگانه نیز ثبت گردد.

۶. در قسمت بعد معاینه فیزیکی بیمار توسط پزشک اورژانس ثبت گردد و سپس بر اساس شرح حال و معاینه انجام شده تشخیص های افتراقی و همچنین تشخیص اولیه (اولویت تشخیصی) بیمار در قسمت مربوطه ثبت شده و مهر و امضای پزشک اورژانس درج گردد.
۷. در قسمت پایین برگه شرح حال، سیر بیماری و نتایج مهم پاراکلینیکی برای همه بیماران بستری در سطوح مختلف تریاژ و در طول اقامت بیمار (با هر مدت زمان اقامت) بر حسب نیاز توسط پزشک اورژانس تکمیل شده و همچنین تشخیص حین ارزیابی و تشخیص های افتراقی توسط پزشک تکمیل و در انتها مهر و امضا گردد.
- تبصره: لازم به ذکر است تغییر سطح تریاژ بیمار در طول فرایند درمان در قسمت سیر بیماری هم می بایست نوشته شود.
۸. در بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ یا بیماران با بیش از ۶ ساعت ماندگاری در اورژانس، در صورت کمبود فضا می توان از فرم استاندارد سیر بیماری بیمارستان نیز استفاده نمود.
۹. پیشنهاد می گردد شرح حال بیمار با فرمت SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) جهت مستند نمودن توضیحات بیمار، نتایج معاینات فیزیکی، ارزیابی پزشک معالج، تشخیص / تشخیص افتراقی و طرح درمان لحاظ شود.

فرم دستورات پزشک بخش اورژانس:

۱. در پشت فرم شرح حال و معاینه فیزیکی بخش اورژانس، دستورات پزشک معالج با ذکر تاریخ و ساعت، توسط ایشان ثبت و مهر و امضا گردد و سپس پرستار مربوطه پس از علامت گذاری و چک دستورات پزشک، با قید تاریخ و ساعت، امضا و مهر می نماید.
۲. لازم به ذکر است دستوراتی که توسط پزشک مشاور در برگه مشاوره توصیه می شود، در صورت تأیید پزشک معالج و مشخص کردن موارد قابل اجرا و غیر قابل اجرا در این قسمت، قابل پیگیری و اجرا می باشد. (دستورات پزشک مشاور می بایست جهت اجرا، توسط پزشک معالج در قسمت دستورات پزشک بازنویسی شود). در اورژانس های شلوغ و نبود زمان کافی جهت بازنویسی، با مصوبه کمیته ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان، پزشک اورژانس می تواند دستورات پزشک سرویس تخصصی را در پایین فرم مشاوره تأیید و مهر نماید.
- تبصره: در صورت پر شدن برگه دستورات پزشکی و نیاز به فرم اضافه، از فرم استاندارد دستورات پزشکی بیمارستان استفاده گردد. در این صورت هر برگ بایستی شماره گذاری گردد تا ترتیب دستورات پزشکی مشخص باشد.

فرم گزارش پرستاری بخش اورژانس:

۱. در فرم گزارش پرستاری شامل کنترل و ثبت علائم حیاتی همچون دمای بدن، تعداد ضربان، فشار خون، تنفس، درصد اشباع اکسیژن خون و شدت درد می باشد که می بایست در زمان های مقرر توسط پرستار بررسی و ثبت شده و با ذکر تاریخ و ساعت مهر و امضاء گردد.

۲. کنترل قند خون برای بیماران دیابتی و بیماران با اختلال سطح هوشیاری و یا براساس شک بالینی پزشک نیز تکمیل می‌گردد.
۳. نمره درد بیمار نیز با استفاده از معیار (NRS) Numerical Rating Scale کنترل و بین ۱-۱۰ ثبت و در صورت ضرورت به پزشک معالج اطلاع داده می‌شود. مسئولیت تایید شدت درد چک شده توسط پرستار و تجویز نوع داروی ضد درد، بر اساس شدت درد بر عهده پزشک معالج می‌باشد.
۴. اقدامات دارویی و درمانی و همچنین نظرات و مشاهدات پرستاری نیز در زمان های مقرر می‌بایست توسط پرستار ثبت و مهر و امضاء شود. تمامی حوادث داخل بخش از جمله تغییر وضعیت بالینی بیمار، واکنش‌های ناخواسته نسبت به داروهای تجویزی و واکنش به تزریق فرآورده های خونی نیز در این قسمت با ذکر تاریخ و ساعت ثبت شده و بایستی بلافاصله به پزشک اورژانس اطلاع رسانی صورت پذیرد.
۵. انجام کلیه دستورات پزشک معالج برای بیمارانی که تعیین سرویس نهایی شده اند تا قبل از خروج از بخش اورژانس مانند سایر بیماران بر عهده پرستار اورژانس می‌باشد.
۶. در خصوص مشاوره پزشکی، ثبت تاریخ و ساعت چک کردن دستور مشاوره و همچنین تاریخ و ساعت اطلاع به پزشک مشاور و اطلاع نتایج مشاوره به پزشک معالج توسط پرستار بیمار در قسمت گزارش پرستاری ضروری است.
۷. لازم به توضیح است تنها در صورتی که بیمار تعیین تکلیف شده به علت خالی نبودن تخت در سرویس تخصصی، در بخش اورژانس بیش از ۱۲ ساعت ماندگار است، فرم ارزیابی اولیه بیمار مربوط به بخش بستری بیمارستان، به پرونده اورژانس اضافه و توسط پرستار مسئول بیمار تکمیل می‌گردد.

فرم درخواست مشاوره بخش اورژانس:

۱. در پشت فرم گزارش پرستاری، فرم درخواست مشاوره قرار دارد که در قسمت درخواست مشاوره با سرویس تخصصی/فوق تخصصی، نام سرویس مورد درخواست به همراه تاریخ و ساعت درخواست و همچنین نوع مشاوره (آنی، فوریتی، غیرفوریتی) توسط پزشک درخواست کننده ثبت شده و پس از ثبت شرح حال، مشاهدات و نظریات توسط پزشک درخواست کننده مهر و امضاء می‌گردد. قسمت بعد می‌بایست خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌های لازم توسط پزشک مشاور پس از ویزیت بیمار به همراه تاریخ و ساعت انجام مشاوره، ثبت شده و مهر و امضاء گردد. زمان انجام مشاوره های درخواستی (آنی/فوریتی) بر اساس دستورالعمل مقیمی و آنکالی پزشکان می‌باشد، بدیهی است مشاوره غیر فوریتی در بخش اورژانس در شرایط معمول و جاهت ندارد و صرفاً در مواقعی که بیمار تعیین تکلیف شده به دلیل نبود تخت در سرویس تخصصی مربوطه، در بخش اورژانس ماندگار است امکانپذیر می‌باشد.
۲. حسب مورد در صورت درخواست مشاوره از چند سرویس تخصصی بر اساس وخامت شرایط بالینی بیمار، ممکن است نیاز به ضمیمه کردن فرم درخواست مشاوره بخش بستری بیمارستان به پرونده بیمار مربوطه باشد.
۳. در قسمت پایین صفحه پرستار مسئول بیمار می‌بایست پس از چک دستورات مشاوره، تاریخ و ساعت اطلاع دستورات پزشک مشاور به پزشک معالج را ثبت نموده و مهر و امضاء نماید.

فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس:

۱. در برگ خلاصه پرونده بخش اورژانس، شکایت اصلی بیمار مطابق برگه شرح حال، تشخیص اولیه و نهایی مطابق صفحه اول پرونده بیمار، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه های دارویی و غذایی پس از ترخیص به همراه تاریخ و ساعت توسط پزشک اورژانس، تکمیل و مهر و امضاء گردد.
۲. در قسمت توصیه های دارویی و غذایی لازم است سابقه دارویی بیمار، توضیحات در خصوص نام و شکل داروهای تجویز شده، نحوه مصرف دارو، دوز دارویی و زمان مصرف دارو توسط پزشک ثبت گردد. در صورت مصرف همزمان داروهایی که دارای تداخل دارویی یا عوارض ناخواسته جدی هستند علائم هشدار به بیمار توصیه گردد. رژیم غذایی ترجیحی، پرهیز از مصرف دسته های خاص مواد غذایی و تعداد دفعات تغذیه، محدوده و میزان فعالیت فیزیکی بیمار نیز در این قسمت ثبت می گردد.
۳. در جدول بعد آموزش ها و مراقبت های پرستاری در منزل در خصوص خود مراقبتی در فرم آموزش به بیمار قید می گردد. همچنین پیگیری های درمانی پس از ترخیص، زمان مراجعه مجدد و محل مراجعه شامل درمانگاه/ اورژانس/ بخش و... به روشنی در این قسمت درج شده، علائم و نشانه های هشدار جهت مراجعه زود هنگام نیز توسط پرستار توضیح داده می شود.
۴. در این فرم در نهایت به همراه مهر و امضاء پزشک معالج، پرستار آموزش دهنده و امضاء و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار، در دو نسخه (کاربن/ پرینت) تنظیم و در زمان ترخیص یک نسخه به بیمار تحویل می گردد.