

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان دوره:

مدارک پزشکی و اهمیت مستندسازی بالینی

مدرسین:

ناهید توکلی
مریم جهانبخش

بهمن ماه ۱۴۰۴



اهداف کارگاه

- ▶ افزایش آگاهی شرکت‌کنندگان نسبت به اصول مستندسازی و راهکارهای بهبود آن
- ▶ ارتقای دانش شرکت‌کنندگان در زمینه الزامات مستندسازی برای کدگذاری دقیق و صحیح
- ▶ تقویت مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای در مواجهه با مستندسازی ناقص پرونده های پزشکی

فهرست مطالب

- ۱- مروری بر اصول مستندسازی
- ۲- گزارشی از خطاهای مستندسازی
- ۳- الزامات مستندسازی برای کدگذاری صحیح و دقیق
- ۴- راهکارهای بهبود مستندات
- ۵- علل ناقص ماندن پرونده های پزشکی (کار عملی)

اصول کلی مستندسازی فرم های پرونده پزشکی

به طور کلی در مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، مستندسازان باید اصول کلی مستندسازی را رعایت کنند.

گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

(الف) مسئولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیک)

(ب) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)

(پ) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبتهای پرستاری)

(ت) سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی و ...).

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

۱- کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.

۱- کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.

۲- از زبان جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.

۲- از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

- ۳- اطلاعات سر برگ فرم ها(شامل نام و نام خانوادگی ، ، ،
تاریخ پذیرش و نام پزشك معالج) بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
- ۳- اطلاعات سر برگ فرم ها(شامل نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ،
تاریخ پذیرش و نام پزشك معالج) بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.

- ۴- کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی،.....
تایید و تصدیق گردد.
- ۴- کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستندساز
تأیید و تصدیق گردد.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

- ۵- در تمامی گزارش ها درج تاریخ و الزامی است .
- 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 ثبت شوند و از مداد یا برای مستند سازی استفاده نشود.
- 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 یا خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

۷- مستندات و ثبوتات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمانها و جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

۷- مستندات و ثبوتات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمانها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

۸- در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

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.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

۹- مستند سازی باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود.

۹- مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود.

۱۰- رعایت، مرتب بودن، املاي صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروري است.

۱۰- رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاي صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروري است.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

۱۱- اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاك نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد. ابتداروي آن را با خط کشیده و سپس با روی آن نوشته شود (Error) و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

۱۱- اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاك نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد. ابتداروي 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.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

۱۲- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار قرار گیرد.

۱۲- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

۱۳- از اختصارات و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود.

۱۳- از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود.

۱۴- هر پرونده باید داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی
مهم وی مشخص باشد.

۱۴- هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی
مهم وی مشخص باشد.

اصول هفده گانه مستندسازي پرونده پزشکی (بستري / سرپايي)

۱۵- اگر مشاوره اي در خواست مي گردد بايد حتما گزارش مشاوره با ذکر
..... در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط
کسي که آنها را درخواست نموده پاراف گردد.

۱۵- اگر مشاوره اي در خواست مي گردد بايد حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و
ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط
کسي که آنها را درخواست نموده پاراف گردد.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

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 حساسیتها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید قید 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 حساسیتها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)

۱۷- کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ... ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

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.

خطاهای مستندسازی: مسئولیت پنهان در مراقبت‌های بهداشتی مدرن



پرونده بیمار فقط یک پرونده بالینی نیست، تکمیل آن اگر چه یک کار طاقت‌فرسا است، مستندات ناقص یا نامرتب، خطر و آسیب‌پذیری قانونی قابل توجهی را به همراه دارد.

**“ If it was not documented,
it was not done”**

خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی



► طبق گزارش ۲۰۲۴ کاندلو (پایگاه داده‌ای از دعاوی مسئولیت حرفه‌ای پزشکی در ایالات متحده)، تقریباً ۲۰٪ از پرونده‌های قصور پزشکی شامل نقص در اسناد و مدارک (ثبیتات متناقض و فقدان دلایل بالینی) است. وقتی پرونده‌ای به دادگاه می‌رود، وکیل شاکی فقط به دنبال خطاهای پزشکی نیست؛ بلکه به دنبال شکاف‌های اسناد و مدارک نیز می‌گردد.

خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی

Sermo

► عدم دقت یا ابهام در ارزیابی و برنامه بیمار

۲۱ درصد از پاسخ‌دهندگان به نظرسنجی آن را شایع‌ترین مورد ذکر کرده‌اند. به عنوان مثال، یادداشتی که تشخیص «ذات‌الریه» را بدون مشخص کردن ارگانیزم، شدت یا دلیل انتخاب یک آنتی‌بیوتیک خاص ذکر می‌کند.

«رایج‌ترین خطایی که می‌بینم، فقدان استدلال بالینی واضح است: اقدامات ثبت می‌شوند، اما منطق پشت آنها

خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی

► **عدم ثبت رضایت آگاهانه برای انجام اقدامات یا درمان‌ها**

۱۳ درصد از اعضای که در نظرسنجی شرکت کردند، معتقدند که عدم ثبت رضایت آگاهانه، رایج‌ترین مشکل است.

صرف امضا کافی نیست؛ کمیسیون مشترک انتظار دارد که مستندات رضایت آگاهانه شامل ماهیت عمل، خطرات و مزایا، روشهای مناسب جایگزین و ارزیابی درک بیمار از همه موارد فوق باشد.

خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی

► تأخیر در مستندسازی منجر به یادداشتهای غیر همزمان می‌شود.

پاسخ‌دهندگان به این نکته رأی مثبت دادند که مستندسازی در پایان یک شیفت طولانی (یا چند روز بعد) خطر خطا را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد. حافظه محو می‌شود و جزئیات خاص در مورد ارائه بیمار می‌تواند در مجموع حجم کار روزانه محو شود.

خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی

► H&P ناقص یا عدم توجیه ضرورت پزشکی

۱۳ درصد دیگر از اعضای Sermo، شرح حال و معاینه فیزیکی ناقص (H&P) یا عدم توجیه ضرورت پزشکی را رایج‌ترین خطای مستندسازی می‌دانند.

خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی

► کپی کردن و چسباندن یا کپی کردن یادداشتهای قبلی بدون بررسی یا به‌روزرسانی مناسب

این رایج‌ترین پاسخ در نظرسنجی بود که توسط ۳۳ درصد از جامعه پزشکان به عنوان مداوم‌ترین مشکل در مستندسازی شناسایی شد.

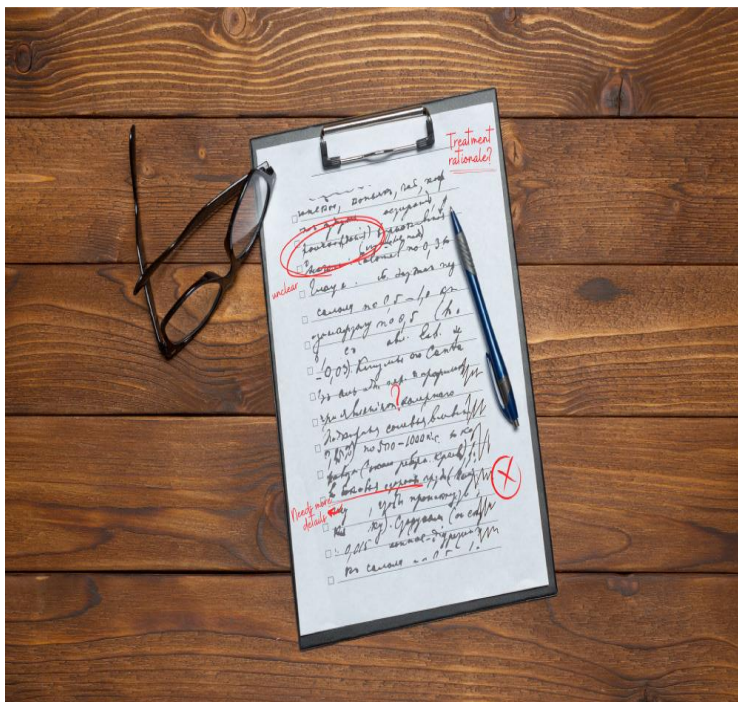
خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی

Date (yyyy/mm/dd)	Time	Discipline	Notes
2020/10/02	2pm	Nursing	Client described feeling a "sharp pain" over their heart, does not radiate, — and rated a 3/10 8/10. Pain began about 30 minutes ago and thinks they are having a "heart attack" — Reported no history of heart disease or hypertension. Montin MacDonald

► یادداشت‌های دست‌نویس ناخوانا یا مبهم

تنها ۶ درصد از پاسخ‌دهندگان به نظرسنجی به دست‌خط ناخوانا اشاره کردند.

(احتمالاً به دلیل فراگیر شدن پرونده‌های الکترونیکی سلامت)



خطاهای رایج در مستندسازی مراقبت‌های بهداشتی درمانی

شما سایر موارد را در محل کار خود بیان کنید :

- ۱- عدم تطابق ساعت تحویل تحول بیمار بین بخش ها
- ۲- عدم تطابق تشخیص بیمار در فرمهای مختلف بخصوص فرم پذیرش و جراحی
- ۳- عدم تکمیل فرم سیر بیماری
- ۴- عدم تکمیل سربرگ و درخواست در فرم های مشاوره
- ۵- عدم تایید دستورات شفاهی
- ۶- عدم ثبت عوارض بعد از عمل
- ۷- ناقص بودن فرآیند اخذ رضایت آگاهانه
- ۸- عدم ثبت فرم شرح حال بیمار

راهکارهای بهبود کیفیت مستندات

پزشکان ارشد

مدیران و سیاستگذاران

رهبری در کیفیت داده ها

کارکنان ارشد مدارک
پزشکی

کارکنان ارشد

رهبری در کیفیت داده ها

- ۱- **مدیران و سیاستگذاران** مراقبت های بهداشتی باید در جهت بهبود کیفیت داده های جمع آوری شده در مراکز درمانی، پیشرو باشند. زیرا آنها مسئول مدیریت کلی مرکز و کیفیت اطلاعات تولید شده هستند.
- ۲- **پزشکان ارشد** باید با اختصاص وقت برای اطمینان از ثبت دقیق و به موقع داده های بالینی توسط پزشکان جوان، رهبری تضمین کیفیت داده ها را بر عهده بگیرند. پزشکان باید نقش مهمی در حفظ کیفیت داده ها ایفا کنند و باید نیاز به داده های دقیق و به موقع برای مراقبت از بیماران را درک کنند.
- ۳- **کارکنان ارشد** در بخشهایی مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و پاتولوژی و پرستاران جامعه، سایر حرف وابسته مانند فیزیوتراپیستها، کاردرمانگران و مددکاران اجتماعی، باید مسئول ارائه گزارشهای به موقع و دقیق و بررسی کیفیت محتوای گزارشها باشند.

رهبری در کیفیت داده ها

۴- کارکنان ارشد مدارک پزشکی

- ▶ باید اطمینان حاصل کنند که پرونده پزشکی/سلامت در صورت نیاز به طور کامل قابل دسترسی است.
 - ▶ باید مسئولیت داده ها و گزارشهای آماری را بعهده بگیرند.
 - ▶ باید اطمینان حاصل کنند خلاصه ترخیص دقیق نوشته شده، تشخیص ها و اقدامات به طور دقیق و صحیح در یک بازه زمانی مشخص کدگذاری شده اند.
- بخش عمده ای از کیفیت داده ها از طریق تهیه بموقع پرونده، بررسی های کیفی برای صحت و کامل بودن داده های ثبت شده و در دسترس بودن آن در هر زمانی که نیاز است، از بخش مدارک پزشکی ناشی می شود.**



برداشت شما از تصویر چیست؟



11010100111101110
11011011010101000
01110010101100101
01001110101000101
01000101101011011
01101000101011100
01010100010100010
11101011000100110
10011010010000101
01001111011101101
10110101010000111



راهکارهای بهبود مستندات در بیمارستان



۱. استانداردها
۲. حداقل مجموعه داده ها
۳. فرآیندهای مدیریت اطلاعات

۱. آموزش دانشجویان
۲. آموزش پرسنل

۱. تعیین مسئول کیفیت داده در بیمارستان
۲. تعیین شرح وظایف

۱. تحلیل کمی پرونده ها
۲. تحلیل کیفی پرونده ها
۳. تحلیل آماری

۱. ارائه گزارش از تحلیل ها به مدیریت و ریاست بیمارستان
۲. ارائه گزارش به بخشها و افراد مرتبط

کار عملی



یک برگ نمودار استخوان ماهی در
اختیارتان قرار می گیرد که با همفکری
در مورد علل ناقص ماندن پرونده های
پزشکی در بیمارستان صحبت کنید و
در نمودار ثبت نمایید.

- ▶ Eur Psychiatry. 2022 Sep 1;65(Suppl 1):S747. doi: [10.1192/j.eurpsy.2022.1930](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1930)
- ▶ Medical Record Documentation Guideline. MOH/DGPHE/GUD/016/ Vers. 02 March 2025
- ▶ Ethical Standards for Clinical Documentation Improvement (CDI) Professionals. AHIMA 2016
- ▶ Improving Data Quality World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. A Guide for Developing Countries. 2003
- ▶ راهنمای مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی