

برگه دستورات پزشک:

♦ تاریخ و زمان ذکر شود.

دستورات پزشک با مفاد زیر آغاز شود:

Impression

وضعیت تغذیه بیمار

وضعیت استراحت بیمار

دستورات تشخیصی و دارویی پزشک بطور خوانا نوشته شوند.

در نوشتن دستورات دارویی موارد زیر رعایت شود:

نوشتن نام دارو بطور کامل و خوانا

فرم مصرفی دارو (Cap و IV و ...)

دوز دارو، مقدار داروی لازم، سرعت تزریق دارو، نحوه رقیق کردن دارو،

دستور مصرف دارو (فواصل مصرف، مدت مصرف، راه مصرف).

در خواست آزمایشات، بررسی های پاراکلینیک به وضوح مشخص شود.

اقدامات لازم در کنترل علائم حیاتی بیمار، ماینیورینگ های لازم و ... به درستی نوشته شوند.

دستورات لازم در خصوص نحوه پانسمان (محل عمل و...) آماده سازی قبل از انجام بررسی های پاراکلینیک، آزمایشگاهی، یا قبل از عمل داده شوند.

مهر و امضا پزشک مربوطه قید شود.

برگه خلاصه پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، 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

دستورات و توصیه های لازم برای بیمار و همراهان وی (رژیم غذایی، درمانها، میزان فعالیت، شیوه پیگیری و سایر موارد)

ذکر تشخیص اولیه و تشخیص نهایی (هم ماهیت آتیولوژیک و هم عارضه بالینی ایجاد شده توسط آن علت خاص (manifestation) را مشخص نماید.

تاریخ، امضا و مهر پزشک معالج و مهر و امضای دستیار مسئول

یادداشت روزانه شامل 4 بخش SOAP می باشد.

خلاصه ای از حال عمومی بیمار و شکایات وی از ویزیت قبلی تاکنون باید یادداشت شود.

علامت حیاتی بیمار ثبت شود.

معاینات فیزیکی لازم با توجه به شکایت بیمار انجام و سپس ثبت شود.

نتایج ارزیابی های بالینی و پاراکلینیک ذکر شود.

تشخیص های احتمالی مطرح شده با توجه به سیر بیماری ذکر شود.

تصمیم در خصوص اقدامات تشخیصی و درمانی بطور خلاصه نوشته شود.

امضاء و مهر پزشک زیر برگه قید شود.

*پیشنهاد می شود سیر پیشرفت روزانه بیمار در قالب SOAP نوشته شود.

با نوشتن نام بیمار، تشخیص اولیه و تعداد روزهای بستری Subject 1.

بیمار آغاز می شود.

مثال بیمار آقای ... ساله روز بستری که با تشخیص اولیه ... بستری شد.

نوشتن حال عمومی بیمار، شکایات بیمار از ویزیت قبلی تا کنون و پرسش درباره آن

شامل 2 قسمت تشخیص و ارزیابی جهت دار و تدبیر Subject 2.

تشخیصی می باشد.

ذکر نکات غیر طبیعی یافت شده در معاینات بیمار با توجه به شکایات بیمار در بخش Subject.

نوشتن نتایج یکسری از معاینات فیزیکی نظیر معاینه قلبی و ریوی بیمار ضروری می باشد.

ثبت علائم حیاتی بیمار الزامی است.

تشخیص و ارزیابی جهت دار منتهی به تدبیر بالینی می Assessment 3.

باشد که شامل دو بخش بالینی و پاراکلینیک است.

ارزیابی از حال عمومی بیمار و مقایسه آن با ویزیت قبلی در این بخش نوشته می شود.

مثال: حال عمومی بیمار در مجموع مساعد است و نسبت به روز گذشته بهتر شده است.

باید تاکید شود که ضمن تکمیل چهارچوب اولیه SOAP، در صورت لزوم، اطلاعات اضافه، در یک ضمیمه یا پیوست الحاق شود.

مثال: پیوست: مشاوره قلب درخواست شد. آنها بیمار را ارزیابی کردند و تصمیم به ECG امروز عصر گرفتند.

شامل دو بخش تشخیصی (پاراکلینیک) و درمانی می باشد. که در آن Plan 4.

تصمیم در خصوص اقدامات تشخیصی و درمانی بطور خلاصه نوشته شود.

برنامه تشخیصی و درمانی بیمار بطور خلاصه نوشته شود.

مثال: اقدامات تشخیصی مورد نیاز در آینده، داروهای که بیمار دریافت می کند، با ذکر مدت و دفعات تجویز آنها ...

سابقه بیماری خاص یا بیماری هایی با تظاهرات مشابه بیماری کنونی وی در فامیل و بستگان درجه اول پرسیده می شود.

داروهای مصرفی بیمار با ذکر نوع دارو، دفعات مصرف روزانه و ...

DH: (Drug History)

SH: (Social History)

تاریخچه اجتماعی بیمار مواردی از قبیل:

وضعیت خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی، مصرف سیگار، مواد مخدر و ...

وضعیت حساسیت غذایی و ناسازگاری دارویی بیمار ...

R.O.S (Review Of Systems):

در Subject مرور بر سیستم ها بعد از ذکر حال عمومی بیمار، اطلاعات

خصوص تمامی سیستم های بدن از قبیل: پوست، سروگردن، چشم، گوش

بینی دهان، سیستم تنفسی و قلبی، سیستم گوارش، سیستم عضلانی اسکلتی،

سیستم خونسازی، سیستم اعصاب، سیستم غدد درون ریز، سیستم ادراری

تناسلی و ... از بیمار پرسیده می شود و بطور مجزا نوشته می شود

PE: (Physical examination)

در این بخش به شرح نتایج معاینات بالینی بیمار پرداخته می شود. بعد از

شرح Appearance بیمار (حال عمومی بیمار: خوب، Toxic، ill) مواردی از

قبیل: وزن دقیق بیمار وضعیت هوشیاری (Consciousness) آگاهی، نحوه

صحبت کردن، سیانوز، زردی اسکلرا، زنگ پریدگی دیسترس تنفسی،

علائم دهیدراتاسیون را بررسی می کنیم.

ذکر علائم حیاتی دقیق از اهمیت بالایی برخوردار می باشد.

Vital Signs:

Temperature (oral, Axillar, Rectal) /°C

Blood Pressure mmHg (supine & standing)

Pulse Rate (supine & standing) /minute

Respiratory Rate /minute

سپس به معاینه کلیه سیستم ها می پردازیم. سپس علائم

به یاد داشته باشیم که هر سیستم یک سری معاینات اختصاصی مربوط به

خود را دارد که در بررسی هر سیستم به آنها توجه نماییم.

ذکر خلاصه بصورت Problem list

تشخیص های افتراقی

برنامه تشخیصی و درمانی

تاریخ، مهر و امضا پزشک مربوطه

برگه سیر بیماری

در پرونده بیمار، برگه سیر بیماری روزانه توسط دستیار، کارورز تکمیل شود.

تاریخ و ساعت نگارش یادداشت شود.



مستند سازی یا پرونده نویسی:

فرایند ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و درمان بیمار است که به صورت ثبت حقایق و مشاهدات مقتضی درباره سابقه بهداشتی (بزرگسالی) بیمار اعم از بیمار بهای 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 اطلاعات به عنوان قاضی، نقطه عطف دعوی گروه های ذینفع می باشد و از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت نموده، موجب کسب مصونیت برای گروه پزشکی در مقابل دعوی 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.

مستند سازی 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.

مشکلات پرونده های بیماران بستری در بخش های آموزشی

الف - ساختار پرونده بیمار:

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

- ۲- تمام فرم های پرونده اصل باشد و عناصر اطلاعات موجود تکمیل شوند.
- ۳- در پرونده برگه شرح حال و معاینات فیزیکی بیمار توسط کارآموز/اکاروز/دستیارزیر نظر پزشک معالج تکمیل شود.
- ۴- برگه سیر پیشرفت بیماری روزانه توسط کاروز/دستیارزیر نظر پزشک معالج تکمیل شود.
- ۵- اطلاعات و نتایج مشاوره های پزشکی و بررسی پاراکلینیکی به ترتیب زمانی در پرونده پزشکی بیمار درج شود.
- ۶- برگه دستورات پزشکی تکمیل شود.
- ۷- برگه خلاصه پرونده موجود باشد و در وقت لازم تکمیل شود

- در صورت جابجایی بین بخش بیمار، توضیح جابه جایی بیمار در بخش ها بصورت on service note و off service note موجود باشد.
- ب- اصول مستند سازی پرونده بیمار:
 - ۱- مستندات خوانا باشند.
 - ۲- تمام گزارش ها و مستندات پرونده بیمار تاریخ و ساعت داشته باشند.
 - ۳- در تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده نام، نام خانوادگی و سمت ثبت کننده ذکر شود.
 - ۴- 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 کارآموز/اکاروز/دستیار تکمیل شود. در برگه شرح حال های تکمیل شده موارد ذیل ذکر شود:

- مشخصات دموگرافیک بیمار (سن، جنس، شغل و ...)
- CC: Chief Complaint
- شکایت اصلی بیمار که از زمان خود او بیان می شود.
- PI: Present Illness

ذکر جزئیات در خصوص بیماری کتبی بیمار که منجر به مراجعه وی شده است. (علامت اصلی بیماری، کیفیت، شدت، زمان بروز، مدت زمان، نحوه تکرار، عوامل تشدید کننده، عوامل برطرف کننده، علائم همراه و ...)

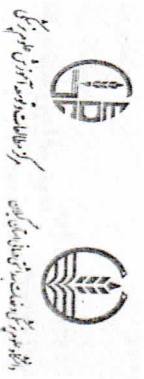
PMH: Past Medical History

سابقه بیماری هایی که تاکنون به آنها مبتلا شده، سوابق پذیرش قلبی، و سوابق جراحی

عموما تاریخچه بیماریهایی از قبیل CAD، HLP، HTN، Asthma از

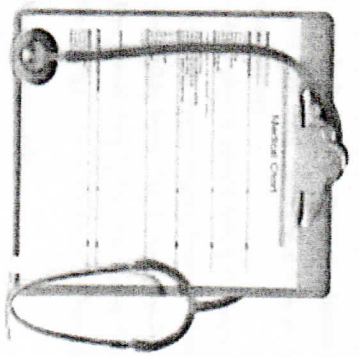
اکثر بیماران پرسیده می شود.

FH: (Family History)



معاونت آموزشی

اصول پرونده نویسی پزشکی



طراحی وگردآوری:

واحد ارزشیابی و نظارت برآموزشی

تابستان ۹۴