



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره... ۴۰۹/۱۱۱۶۷...
تاریخ... ۱۳۹۳/۰۶/۱۷...
پوست... دایره...

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: ابلاغ دستورالعمل مستند سازی پرونده های پزشکی راهنمای مستند سازی پرونده های پزشکی

با سلام و احترام

با توجه به اهمیت مستندسازی صحیح فرم های پرونده پزشکی، گروه مدیریت آمار و فناوری اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی با هدف کمک به استانداردسازی فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی در مراکز درمانی کشور، اقدام به تهیه راهنمای مستندسازی فرم های پرونده پزشکی نموده است که به پیوست حضورتان ایفاد می گردد. در این راهنما، به مستندسازی فرم های مهم پرونده های پزشکی که دارای اهمیت درمانی، قانونی و تحقیقاتی بیشتری هستند، اشاره شده است. خواهشمند است ضمن ابلاغ به بیمارستانهای تحت پوشش خود نسبت به ملزم نمودن اجرای موارد مطرح شده براساس دستورالعمل فوق اقدام لازم بعمل آورید.

بدیهی است در صورت عدم رعایت موارد پیوست، بیمارستان موفق به کسب امتیاز لازم در محور مستند سازی

پرونده ها نخواهد شد.

دکتر سید احمد قارا
مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی
و تعالی خدمات بالینی

راهنمای مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

زیر نظر:

دکتر محمد آقاجانی - معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دکتر سید احمد تارا - مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

مشاوران فنی و اجرایی:

دکتر جمشید کرمانچی - دکتر مرجان قطبی - دکتر علی ماهر - دکتر رضا صفدری

مؤلفان:

دکتر محمد اسماعیل کاملی - اکرم واحدی - خدیجه دانایی - دکتر زهرا میدانی - دکتر مرضیه معراجی - جواد زارعی - طیبه اسماعیلی - علی محمدی
- ناهید کردنژاد - شیرین گل عنبری - بنیامین محسنی ساروی - اسماعیل رضازاده - مسعود جوادی درآباد - محبوبه میرزایی - عباس کدخدا -
علی نیکمرام - رضا درودی

تهیه شده در:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان
کمیته کشوری مدیریت آمار و فناوری اطلاعات سلامت

□ مقدمه	۲
□ مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی	۳
□ اصول کلی مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی	۴
□ مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی	۵
۱- فرم پذیرش و خلاصه تریخیص	۵
۱- فرم کاغذی	
۲- فرم الکترونیک	
۲- فرم خلاصه پرونده	۹
۳- فرم شرح حال و معاینات بدنی	۱۳
۴- فرم سیر بیماری	۱۳
۵- فرم درخواست مشاوره	۱۴
۶- فرم مراقبت قبل از عمل	۱۴
۷- فرم بیهوشی	۱۴
۸- فرم بیهوشی گزارش عمل جراحی	۱۵
۹- فرم مراقبت بعد از عمل	۱۵
۱۰- فرم دستورات پزشک	۱۵
۱۱- فرم گزارش پرستار	۱۶
چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی	۱۹

□ مقدمه

در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین، غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار مهم ترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است و 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. در مجموع می توان کاربردهای پرونده های پزشکی را بصورت زیر بیان کرد:

- به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
- به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند
- به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ به درمان بیمار
- به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
- پیشتنبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
- به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
- به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی
- جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- به عنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
- کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی (به خصوص رشته های پزشکی و پرستاری)

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. لذا کیفیت یک پرونده پزشکی، دقیقاً وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط تکمیل کنندگان فرم های مدارک پزشکی (مستند سازان) ثبت می شود. تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم های مدارک پزشکی، می توان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد. بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است.

با توجه به اهمیت مستندسازی فرم های مدارک پزشکی، در سال های گذشته برخی از دانشگاه ها، بیمارستان ها بصورت پراکنده، اقدام به تهیه مطالبی در این خصوص نموده بودند اما یک دستورالعمل جامع در این خصوص در کشور وجود نداشت. بنابراین با هدف کمک به استانداردسازی فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی در کشور، این دستورالعمل تهیه شده است. در این دستورالعمل به مستندسازی فرم های مهم پرونده های پزشکی که دارای اهمیت درمانی، قانونی و تحقیقاتی بیشتری هستند، اشاره می شود.

❑ مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی:

جدا از مشکلات مربوط به ساختار و محتوای فرم های پرونده های پزشکی در کشور، یکی از مشکلات عمده در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، ثبت ناقص اطلاعات است. با وجود اهمیت زیاد مستندات پرونده های پزشکی، به کرات مشاهده می شود که فرم های مهم پرونده پزشکی مثل خلاصه پرونده، شرح حال، سیر بیماری و ... به صورت ناقص تکمیل شده اند. ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی (ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و ...) ایجاد می کند. همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها، مثل: افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان (زیرا از نظر قانونی چیزی که در پرونده ثبت نشده باشد یعنی انجام نشده است)، ایجاد می کند. به علاوه این پرونده ها برای تحقیقات پزشکی و آموزش نیز مناسب نمی باشند.

مشکل دیگر مربوط به ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات است. با توجه به این نکته که متأسفانه هنوز در کشور ساختار اصلی پرونده های پزشکی را فرم های کاغذی تشکیل می دهند، ناخوانایی مستندات (بد خطی، استفاده از جوهر نامناسب، ریز بودن مستندات و غیره) یکی از مشکلات عمده است. در فرم های کاغذی، به خاطر دست نویسی بودن مستندات، خوانایی مستندات از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. بررسی های مختلف در دنیا نشان داده که یکی از دلایل خطاهای پزشکی (بخصوص خطاهای دارویی) به خاطر ناخوانایی مستندات پرونده است، زیرا مستندات ناخوانا باعث برداشت غلط از اطلاعات می شود. در ایران ناخوانایی مستندات یکی از مشکلات بزرگ مستندسازی پرونده های پزشکی است. موارد متعددی دیده شده که کارکنان تازه وارد در بیمارستان (مثل پرستاران) قادر به خواندن دست خط برخی از پزشکان یا سایر همکاران خود نیستند. یا در مورد بیماران اعزام شده به مراکز دیگر نیز همین مشکل وجود دارد. در خصوص پیگیری درمان هم ناخوانایی مستندات مشکلاتی را برای بیمار ایجاد می کند.

مشکل سوم مربوط به استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی است. طبق اصول مستندسازی باید استفاده از اختصارات (به خصوص در مورد تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد، و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که همه کاردر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیر مصوب می کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می شود.

علاوه بر مشکلات فوق مشکلات دیگری نیز در مستندسازی فرم ها وجود دارد، مشکلاتی نظیر استفاده از اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی، مستندسازی جابجای اطلاعات (ثبت جابه جای اطلاعات در کادر مربوطه در فرم های پرونده)، استفاده از مداد یا کاربن برای ثبت اطلاعات و ... نیز وجود دارد.

❑ اصول کلی مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی:

به طور کلی -در مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، مستندسازان باید اصول کلی مستندسازی را رعایت کنند. رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است. گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

الف (مسنولین پذیرش بیمار) ثبت اطلاعات دموگرافیکی) ، ب (پزشکان) ثبت مشاهدات و دستورات) ، پ (پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری) و ت) سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی و ...) .

* 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 سر برگ فرم های (شامل نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاریخ پذیرش و 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 مستند ساز تائید 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 مستند سازی استفاده نشود.
 - ا. تبصره ۱-۶) جوهر ها باید دارای ثبات باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند) .
- 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- مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود .
 - ا. تبصره ۱-۹) در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن ، بایستی در صورت معلوم شدن بلافاصله به عنوان یادداشت های تاخیری (late entry) به پرونده بیمار اضافه گردیده و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستند ساز تکمیل گردد.
- 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 .
 - ا. تبصره ۱۰-۱) اگر ثبیتات قابل خواندن نیستند ، ثبت کننده از ابتدا ثبیتات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد ، چرا نوشته فوق را مجدداً تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است . اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند ، باید دقیقاً مشابه اولی باشد و حتماتاریخ و امضاء داشته باشند.
 - اا. تبصره ۱۰-۲) انسجام موارد ثبت شده الزامی است بطوری که در پرونده های دستی ، موارد ثبت شده باید بلافاصله در سطر یا فضای موجود بعدی، مستند شوند و تمام خطوط باید بترتیب پر شوند. هیچ فاصله خالی یا قابل استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند.
- ۱۱- اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر 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 شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.
- ۱۳- از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود
- ۱۴- هر پرونده باید لیستی از مشکلات^۱ بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد.و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP^۲ مستند گردد.
- ۱۵- اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتماً گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد .گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، 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 و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد.

¹ Problem list

² Subjective & objective-assessment -plan

- 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 اطلاعاتی 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 پذیرش و خلاصه تریجی

الف) فرم کاغذی

– موارد مربوط به متصدی پذیرش:

۱. تمامی اطلاعات هویتی و دموگرافیک مربوط به بیمار ثبت شوند. این اطلاعات شامل: شماره پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، کد ملی، محل صدور شنا سنامه، جنسیت، وضعیت تاهل، مذهب، شغل، محل کار، آدرس، تلفن، مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار.

– تبصره: در قسمت آدرس ذکر نوع سکونت: (شهری- روستایی- حاشیه - عشایری و سایر) الزامی است.

۲. نام و نام خانوادگی بصورت کامل ثبت شوند، بخصوص پسوندهای (فامیلی) مربوط به نام خانوادگی ثبت گردد.

۳. اطلاعات هویتی بیمار از روی مدارک شناسایی معتبر (کارت ملی، شناسنامه و ...) تکمیل گردد، و احراز هویت – قسمت ۲ بند ۵ برای اورژانسی

۴. آدرس و تلفن بیمار و همراه وی، بصورت کامل و دقیق ثبت گردد. توصیه می گردد که در مورد بیمار و همراه وی هم تلفن ثابت و هم تلفن همراه ثبت گردد. ثبت آدرس بصورت دقیق و کامل در موارد خاص مثل فرار بیمار، می تواند به بیمارستان کمک زیادی کند.

۵. تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، نوع پذیرش (عادی / اورژانسی)، بخش بستری، پزشک معالج، نوع بیمه، شماره بیمه بیمار، در صورت تصادف و یا ضرب و جرح بودن مورد اطلاع دادن به نزدیکترین مرکز انتظامی و ثبت نام آن مرکز در محل مربوطه، ثبت گردد.

۶. ثبت تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، و نوع پذیرش (عادی / اورژانسی)، بخش بستری و پزشک معالج الزامی است.

۷. اخذ رضایت نامه های اجازه درمان و اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی در پشت برگ پذیرش، از بیمار و در صورت نرسیدن به سن بلوغ، ولی، قیم و یا سرپرست قانونی وی. در مواردی که بر روی حقوق ناشی از ازدواج تاثیر می گذارد مانند عقیم سازی، هیستریکتومی، وازکتومی، سقط جنین رضایت همسر نیز الزامی است. لازم به ذکر است که با توجه به حقوق بیمار در رضایت آگاهانه و مسائل قانونی پیرامون آن، بیمارستان ها باید دارای فرم های جداگانه برای اخذ رضایت نامه ها باشند و وظیفه اخذ آنها نیز بر عهده پزشک معالج است.

– موارد مربوط به پزشک معالج:

۸. 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.

۹. در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.

۱۰. تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی (Main Condition) و بیماری های همراه (comorbidity) و سایر عوارض (Complication) می باشد.

۱۱. یک عبارت تشخیصی کامل باید حتی الامکان هم ماهیت اتیولوژیک (علت زمینه ای موجد بیماری یا حالت پزشکی) و هم عارضه بالینی ایجاد شده توسط آن علت خاص (Manifestation) را مشخص نماید. برای مثال:

- Anemia due to blood loss from chronic gastric ulcer

-Gonococcal Cystitis

-Lyme disease arthritis

۱۲. در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود و در عبارت تشخیصی باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیک درگیر را به دقت مشخص نماید. برای مثال:

-Acute myocardial infarction of inferolateral wall.

در مورد سایر عبارات تشخیصی و قوانین مرتبط، در فصل قوانین تشخیصی توضیحات لازم آورده شده است.

از اصطلاحات مناسب و ارجح (preferred term) مطابق با کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD)، برای ثبت تشخیص ها استفاده شود. استفاده پزشکان از این اصطلاحات کمک زیادی به کدگذاری صحیح پرونده ها می کند. مثال:

۱۳. از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ها تا حد امکان خودداری گردد.

۱۴. از ثبت علام و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

۱۵. اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، توسط پزشک معالج یا جراح ثبت گردد.

۱۶. در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است.

۱۷. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:

- اقدام اصلی انجام شده (مثل: Excision ، Insertion ، Extraction ، Replacement، Removal و ...)
- قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود (مثل: Lung ، intracranial ،
- روش انجام اقدام (مثل: Percutaneous ، Transtemporal، Open ، ...)
- مثال:

Transtemporal partial excision of intracranial lesion

Removal of Monitoring Device from Left Lung, Open Approach

Dilation of right femoral artery with intraluminal device, percutaneous approach

- ذکر نوع Device یا پروتزی که بعد از عمل جراحی در بدن بیمار باقی می ماند.

۱۸. در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، علت خارجی صدمه یا مسمومیت به زیان انگلیسی و به صورت کامل ثبت گردد.

۱۹. در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.

۲۰. ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت باید شامل موارد زیر باشد:

- مکانسیم حادثه (تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو خوردگی، سوختگی و)
- قصد حادثه (تصادفی، عمدی، نامشخص)
- نوع شی (چاقو، اتو، چکش،)
- مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه، ...)
- نوع فعالیت فرد (در حال ورزش، حین کار)

مثال:

Intentional self-burning by kerosene in home

Accidental poisoning due to overdose of heroine in home

Accidental fall to pit in farm

۲۱. حتی المقدور پزشک باید در ثبت علت خارجی صدمات و مسمومیت ها، عبارت تشخیصی شامل مکانسیم حادثه، قصد و محل رخداد حادثه باشد.

۲۲. برای توضیحات بیشتر در مورد نحوه ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد شد.

۲۳. وضعیت بیمار به هنگام ترخیص، ثبت گردد.

۲۴. در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از ۴۸ ساعت الزامی است.

۲۵. در صورت انجام اتوپسی برای بیماران فوت شده، در محل مربوطه ثبت گردد.

— **موارد مربوط به بخش:**

۲۶. مدت اقامت بیمار به روز ثبت گردد.

۲۷. در هنگام انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر یا به بیمارستان دیگر، تاریخ انتقال و همچنین نام بخش یا مرکز درمانی ثانوی ثبت گردد.

۲۸. در صورت انجام مشاوره پزشکی برای بیمار تعداد مشاوره های انجام شده ثبت گردد.

— **موارد مربوط به بخش مدارک پزشکی پس از ترخیص بیمار:**

۲۹. تمام تشخیص های ثبت شده، جراحی ها و اقدامات انجام شده توسط کدگذار (بر اساس ICD) کدگذاری و در قسمت مربوطه درج گردد.

۳۰. تعداد روزهای بستری محاسبه شود در قسمت مربوطه این فرم ثبت گردد.

۳۱. تمام قسمت های این فرم از نظر کامل بودن بررسی شود و در صورت ناقص بودن پیگیری های لازم جهت تکمیل فرم انجام گیرد.

— **تصدیق های لازم:**

۳۲. امضاء مسئول پذیرش، مهر و امضاء پزشک معالج پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده، مهر و امضاء رزیدنت (در بیمارستان های آموزشی) و امضاء سرپرستار بخش الزامی است.

ب) فرم الکترونیکی

۱. تمامی دموگرافیک مربوط به بیمار هم در فرم کاغذی و هم در فرم الکترونیک ثبت گردد.
۲. تمامی اطلاعات دموگرافیک مربوط به بیمار ثبت شوند. این اطلاعات شامل: شماره پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، کد ملی، محل صدور شناسنامه، جنسیت، وضعیت تاهل، مذهب، شغل، محل کار، آدرس، تلفن، مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار، است.
۳. به منظور تسهیل در بازیابی اطلاعات، بیمارستان باید دستورالعمل مدون و مشخصی برای ثبت یکسان اسامی (نام، نام خانوادگی، نام پدر) در رایانه داشته باشد. برای مثال در فرم کاغذی "حسنعلی" با "حسن علی"، یا "یداله" با "یدالله" تفاوتی ندارد، اما در جستجوی اطلاعات در سیستم های اطلاعات کامپیوتری این دو با هم تفاوت دارند، و این تفاوت بخصوص در برنامه های سیستم های اطلاعات بیمارستانی (HIS^۳) تحت DOS مشکلاتی را در زمان جستجوی نام بیماران ایجاد می کند، بنابراین برای ثبت درست و یکسان اسامی بیمارستان باید یک دستورالعمل مدون در بخش پذیرش داشته باشد، این دستورالعمل باید شامل موارد زیر باشد:
 - نحوه ثبت یکسان اسامی فارسی که مرکب از دو اسم هستند.
 - نحوه ثبت یکسان اسمی که دارای کلمه «الله» می باشند.
 - نحوه ثبت یکسان اسامی که با پیشوند «سید» یا «سیده» شروع می شوند.
۴. ثبت اطلاعات هویتی بیمار (شامل: نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، کد ملی، جنسیت، آدرس، تلفن، نوع سکونت (شهری، روستایی و ...) مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار) الزامی است.
۵. نام و نام خانوادگی بصورت کامل ثبت شوند، بخصوص پسوندهای (فامیلی) مربوط به نام خانوادگی ثبت گردد.
۶. اطلاعات هویتی بیمار از روی مدارک شناسایی معتبر (کارت ملی، شناسنامه و ...) تکمیل گردد.
۷. آدرس و تلفن بیمار و آدرس و تلفن همراه بیمار، بصورت کامل و دقیق ثبت گردد. توصیه می گردد که در مورد بیمار و همراه وی هم تلفن ثابت و هم تلفن همراه ثبت گردد.
۸. نسبت همراه بیمار با بیمار (برای مثال برادر، پدر، پسر و ...) ثبت گردد.
۹. تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، نوع پذیرش (عادی / اورژانس)، بخش بستری، پزشک معالج، نوع بیمه، شماره بیمه بیمار، در صورت تصادف و یا ضرب و جرح بودن مورد اطلاع دادن به نزدیکترین مرکز انتظامی و ثبت نام آن مرکز در محل مربوطه، ثبت گردد.
۱۰. ثبت تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، و نوع پذیرش (عادی / اورژانس)، بخش بستری و پزشک معالج الزامی است.

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 هرگونه 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 سر برگ 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

ل 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 مورد ثبت صحیح تشخیص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد شد.

۶- در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه پرونده اشاره شود.

۷- مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است.

۸- وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است (لازم به توضیح است که کپی این فرم باید به بیمار داده شود).

۹-

۳- فرم شرح حال و معاینه بدنی

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

۲. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .

۳. 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.

۴. 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

— در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، نحوه بروز حادثه یا مسمومیت ثبت گردد، ثبت باید شامل : نوع صدمه)

زخم باز، شکستگی، دررفتگی، و ...)، موضوع آناتومیکي دچار صدمه، مکانسیم حادثه (تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو

خوردگی، سوختگی و)، قصد حادثه (تصادفی، عمدی، نامشخص)، نوع شی (چاقو، اتو، چکش،)، مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه، ...،) و فعالیت فرد هنگام حادثه (رانندگی، آشپزی، ورزش، ...)، و نحوه انتقال مصدوم به بیمارستان باشد.

- بیماری فعلی: شرح کاملی از زمان پیدایش بیماری بر حسب تاریخ و پیشرفت بیماری از بروز نخستین علامت تا حال حاضر
- سابقه قبلی: خلاصه ای از کلیه بیماری های قبلی مانند: بیماری های عفونی حاد، سوانح، مسمومیت، جراحی ها، حساسیت ها، حساسیت های دارویی

- در مورد زنان متاهل، تعداد بارداری های قبلی، زایمان، تولد زنده و سقط جنین نیز باید ثبت گردد.
- در مورد اطفال سابقه واکسیناسیون، ناهنجارهای مادرزادی، نارس بودن یا بیمارهای دوران نوزادی ثبت گردد.
- در مورد اطفال کمتر از یک سال وزن هنگام تولد ثبت گردد.
- سابقه شخصی: وضعیت تاهل، عادات، سوابق اجتماعی، شغلی و محیط کار و زندگی فرد، به خصوص اگر این عوامل در ایجاد بیماری نقش داشته باشند.

- در مورد بیماران معتاد به مواد مخدر، مدت زمان اعتیاد به مواد مخدر، نوع مواد مخدر مصرفی، میزان مصرف، ثبت گردد. در مورد معتادان تزریقی و آلودگی به ویروس هپاتیت یا ایدز ثبت گردد.
- سابقه خانوادگی: شرح بیماری های خانوادگی که در آنها وراثت نقش داشته، بیماری های روانی، سرطان ها و مسائل عمده سلامت بستگان درجه یک

— در مورد بیماران با تشخیص سرطان، وجود سابقه سرطان در بستگان درجه یک ثبت گردد.

— در مورد بیماری های وراثتی، وجود سابقه بیماری در بستگان درجه یک ثبت گردد.

- سابقه اجتماعی (مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت روزانه

- سابقه دارویی (داروهای در حال مصرف و حساسیت ها

۴- معاینه بدنی بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

الف) بررسی سیستمیک اعضای بدن شامل:

— عمومی: شامل تغذیه، تب، عرق شبانه، ریزش مو، افزایش و یا کاهش وزن و هر نوع اشتغال یا عادتی که احتمالاً بر پیدایش و یا بروز بیماری موثر بوده است.

— پوست: سابقه جوش، کبودی و سیانوز، زردی (یرقان) و سایر ناراحتی های پوستی

— سر: سردرد، مدت، شدت، خصوصیت و محل آن

- چشم ها: کشش، درد، دوبینی، نورگریزی (عدم مقاومت در مقابل نور)، آب ریزش، استعمال عینک (تاریخ آخرین معاینه)، التهاب، دید مه آلود، دیدن لکه های سیاه و ...
 - گوش ها: ناشنوایی، ترشح، وجود صداهای پیچیده، گیجی، درد و ...
 - بینی: سرماخوردگی، خون ریزی، ترشح، گرفتگی، آب ریزش، درد سینوسی و ...
 - گلو: درد، قرمزی، گرفتگی صدا، اشکال در بلع و ...
 - تنفس: درد سینه، خلط خونی، دفع خلط و بلغم از سینه، تنگی نفس، سرفه، تعریق شبانه، تاریخ آخرین عکس و ...
 - عصبی - عضلانی: ضعف تحرک، درد مفاصل، خارش و مورمور شدن، واریس، تغییر شکل و ...
 - قلب و عروق: درد سینه، آسم، طپش قلب، ضربان تند، غش، سرگیجه، ورم و ...
 - معده - روده ای: اشتها، عطش، تهوع، قی، استفراغ خونی، ملنا، استفراغ سیاه، قولنج، یرقان، اسهال، خصوصیات ویژه غذایی و ...
 - تناسلی - اداری: اشکال در ادرار و سوزش، تکرر ادرار، خواب ادراری، دفع غیر ارادی، چرک در ادرار، خون در ادرار و ...
 - قاعدگی: دفعات، نوع، طول مدت قاعدگی، قاعدگی دردناک، خونریزی، علائم یائسگی، قرص و یا وسائل ضد بارداری استفاده شده یا خیر و ...
 - وضعیت روانی: تیپ شخصیت، عواطف و احساسات، سردردها، تشنجات، فلج ها، ضعف اعصاب، فشار محیطی، از دست دادن حافظه، بی خوابی، کابوس، رفتارهای بیمارگونه اجتماعی و ...
- (ب) فهرست موارد مهم در معاینات بدنی:
- علائم حیاتی: این علائم عبارتند از وزن، قد، درجه حرارت بدن، نبض، تنفس و فشار خون که نشان دهنده ماهیت زنده و غیر زنده هستند.
 - عمومی: وضعیت و حالت اندام های مختلف، وضعیت تغذیه، سن ظاهری، آنچه که از وضعیت بدنی شخص و خطوط چهره مشخص می شود، شدت و حالت بیماری، وضعیت عاطفی - روانی.
 - پوست: رنگ، کیفیت، رنگدانه های پوستی، از نظر تجمع و پراکندگی و رنگ، خون مردگی، پتشی، کیفیت توزیع موها، ناخن ها، میگزودم، تعریق، جراحات احتمالی و زخمها، زردی و سایر علائم.
 - سر و چشم ها: شامل:
 - مجمه و پوست سر: از نظر عمومی و ترکیب آنها و وجود زخم و یا اثر جراحات و سوختگی بر روی آنها.
 - پلک ها: از نظر تورم، پائین افتادگی غیرطبیعی، ...
 - صلبیه: سفیدی چشم از نظر وجود خونریزی و یرقان

○ ورم ملتحمه: رنگ پریدگی تزریق و تنقیه و یا وجود پتیشیا

○ قرنيه: از نظر اثر زخم و جراحت

○ مردمک: از نظر اندازه، شکل کیفیت عملکرد، تطابق و واکنش در مقابل نور و سایر تحریک کننده ها

○ بینائی: شدت و قدرت دید، حوزه بینائی

○ بیماری های چشمی: گرفتگی ها و دیسک های بینائی، عروق چشمی، ترشحات و خونریزی ها

— گوش ها: اندام تیمپانیک، کانال ها و مجاری ، شنوائی، تخلیه و ترشح و.....

— بینی: مجاری هوائی، مخاط، تیغه بینی، سینوس ها، ترشحات، خونریزی و بویائی

— دهان: تنفس ، لبها، دندان ها، لثه ها، زبان، غددو شیریه های بزاق و...

— گلو: لوزه ها، فارینکس، کام، زبان کوچک و مجرای حلقی - تنفسی

— گردن: سختی، حجم و توده های احتمالی، تیروئید و وضعیت آن، عروق، تراشه ها، لثه ها و غدد لنفاوی و غدد بزاقی تحت فکی

— دستگاه لنفاوی: وضعیت و حالت غدد لنفاوی، اندازه، تجمع و تراکم، تغییر پذیری و نرمی و ضخامت

— قفسه سینه: فرم و حالت تقارن، تنفس و وضعیت سایر اندام های مربوط

— پستان: سختی و حجم، ترشح، نوک آن از لحاظ حالت و رنگ ، ضخامت و نوع بافت

— ریه ها: صداهاى تنفسی، عفونت و صدای صحبت کردن

— قلب: پالس های آبیکال، نبض، ریتم، صدا، رفلکس مورمور و فریکشن راب

— عروق خونی: نبض، کیفیت و ارتجاع دیواره عروق

— شکم: حرکات دودی شکل، اسکار، گرمی، اسپاسم، گرفتگی، مایع، کبد، کلیه، طحال و فتق

— دستگاه ادراری - تناسلی: اسکار، تغییرات بافتی، فتق، درد، التهاب، اپی دیدیم، فتق عروقی و فتق بیضه

— مقعد: شکاف، هموروئید، وضعیت اسفنکتر، پروستات، عروق سمینال و مدفوع

— واژینال: اعضای تناسلی خارجی، غدد بارتولین و اسکین، واژن ، دهانه و گردن رحم، رحم و غدد

— ماهیچه ای اسکلتی: تغییر شکل ها، تورم، قرمزی، گرمی و محدودیت حرکت

— اندام انتهائی: رنگ، ادم، لرزش (تکان و حرکات غیر ارادی)، چماقی شدن ، زخم ها و التهاب واریسی

— اعصاب: اعصاب مغزی، هماهنگی، رفلکس ماهیچه دوسر، رفلکس ماهیچه سه سر، پاتلار، آشیل ، شکمی، اعصاب سینه ای، حساسیت

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. از ثبت علام و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

۶- تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند.

۸- مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم شرح حال و معاینات بدنی توسط اینترنت یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک متخصص مربوطه نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

۳- فرم سیر بیماری

۱. هدف تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستند سازی پاسخ بیمار به درمان، مورد تاکید قرار گیرد، و به این فرمت ارائه شود:
۲. یادداشت های پذیرش بیمار (ذکروضع عمومی بیمار در قالب اطلاعات Subjective بیمار
۳. یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان را مستند کند.
۴. یادداشت های نهایی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص (توصیه های زمان ترخیص شامل فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ یافته های پس از ترخیص و یافته های بعد از انجام اتوپسی
۵. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .
۶. یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگرفته 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 فرایند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.
۷. یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.
۸. از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل " حال عمومی بیمار خوب است " ، خودداری شود.
۹. در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد .
۱۰. در آخرین یادداشت سیر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت ، بهبودی ، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص، بیان شود.
۱۱. هر پرونده باید لیستی از مشکلات^۴ بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP^۵ مستند گردد.
۱۲. مهر و امضاء پزشک الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم سیر بیماری توسط اینترنت یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک مسئول نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

۵- فرم درخواست مشاوره پزشکی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .

⁴ Problem list

⁵ Subjective & objective-assessment -plan

۲. ثبت تاریخ و ساعت مشاوره ، نام پزشک در خواست کننده و نوع مشاوره (اورژانس یا غیراورژانس) و مهر و امضاء پزشک در خواست کننده الزامی است .
۳. ثبت درخواست مشاوره و توضیحات آن توسط پزشک معالج (پزشک درخواست کننده) الزامی است.
۴. ثبت مشاهدات و نظریات و در صورت نیاز روش های درمانی توصیه شده، دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده، و مهر و امضاء و تاریخ و ساعت ارائه مشاوره الزامی است .
۵. 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 مراقبت قبل از عمل جراحی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی بخش الزامی است .
۲. ثبت تاریخ عمل، الزامی است.
- ۳- ثبت تشخیص قبل از عمل ، نام عمل جراحی با ذکر سمت عمل (چپ یا راست برای عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن) الزامی است .
- ۴- ثبت علائم حیاتی قبل از عمل ، فشارخون موقع پذیرش و پس از داروهای بیهوشی، داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده از آنها، اثر داروهای بیهوشی و اشاره به وجود یا عدم وجود اعضای مصنوعی الزامی است.
- ۵- امضاء پرستار بخش با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تکمیل این فرم الزامی است .
- ۶- امضاء پرستار اتاق عمل با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تأیید کلیه مندرجات این فرم الزامی است .
- ۷- برای کلیه اعمال جراحی و همچنین معاینات تحت بیهوشی مانند جاناندازی و گچ گیری و آندوسکوپی ، تکمیل نمودن این فرم الزامی است.

۷- فرم بیهوشی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .
۲. ثبتیات این فرم باید نشان دهنده ، نوع عمل، نوع بیهوشی، تکنیک بکار رفته، مدت بیهوشی، نوع و دوز داروی بیهوشی، مایعات داخل وریدی تزریق شده در اتاق عمل، علائم حیاتی بیمار در مدت بیهوشی، مدت زمان دقیق بیهوشی و عمل ، ریسک بیهوشی، باشد. بنابراین موارد زیر باید در این فرم ثبت گردد:

الف) صفحه اول (جلو) فرم بیهوشی

- تشخیص قبل از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد(الزامی است).
- ثبت عمل جراحی پیشنهاد شده الزامی است.
- ثبت داروهای قبل از بیهوشی ، الزامی است.
- ثبت نوع بیهوشی، و داروی مورد استفاده برای بیهوشی الزامی است.

- ثبت علائم حیاتی بیمار (فشار خون، نبض، حرارت و تنفس) در مدت بیهوشی الزامی است. در جدول مربوط برای نبض بیمار از علامت ●، درجه حرارت از علامت ▲ با علامت بیهوشی از علامت X، و برای تنفس از علامت O استفاده شود.
- ثبت مقدار مایعات (خون، سرم قندی و ...) تزریق شده به بیمار الزامی است.
- ثبت مدت زمان بیهوشی (شروع بیهوشی، پایان بیهوشی) و مدت زمان عمل (شروع عمل، پایان عمل) الزامی است. در جدول مربوط برای شروع و پایان بیهوشی از علامت X، و برای شروع و پایان عمل از علامت ● استفاده شود.
- ثبت ریسک بیهوشی الزامی است.
- در صورتی که بنابر وضعیت بالینی، بیمار نیاز به مراقبت مخصوص در حین بیهوشی داشته باشد، ثبت نوع مراقبت مخصوص، الزامی است.
- ثبت وضعیت عمومی بیمار در پایان بیهوشی الزامی است.

ب (صفحه دوم)پشت) فرم بیهوشی

- ثبت نام جراح، کمک جراح، پرستار عمل و پرستار کمک، الزامی است.
 - تشخیص بعد از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.
 - ثبت سن، جنس، وزن و قد بیمار الزامی است.
 - در پشت فرم بیهوشی ثبت درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار الزامی است.
 - ثبت وضعیت تنفس و وضعیت قلب بیمار الزامی است.
 - نتایج آزمایشگاهی و رادیوگرافی ثبت گردد.
 - ثبت حساسیت دارویی الزامی است.
 - ثبت عوارض و ناراحتی های قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل و حساسیتهای داروئی بیمار الزامی است.
۳. مهر و امضاء متخصص بیهوشی الزامی است.

۸- فرم گزارش عمل جراحی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی اتاق عمل الزامی است .
۲. فرم گزارش عمل جراحی، باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد.
۳. ثبت مشخصات جراح، کمک اول، کمک دوم، متخصص بیهوشی، نوع بیهوشی، پرستار اتاق عمل، پرستار کمک، زمان عمل (شروع و خاتمه) و نوع عمل (سریایی / بستری) الزامی است.
۴. محتوای یک گزارش عمل باید شامل موارد زیر باشد:
 - شرح دقیق یافته ها
 - اقدامات فنی
 - موضوع آناتومیکی مورد جراحی
 - مشخصات نمونه برداشته شده
 - تخمینی از خون از دست رفته
 - تشخیص پس از عمل

۵. تشخیص قبل و بعد از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.
۶. نوع عمل جراحی در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، ثبت گردد. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:
 - اقدام اصلی انجام شده (مثل: Excision ، Insertion ، Extraction ، Replacement، Removal و ...)
 - قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود (مثل: Lung ، intracranial ،
 - روش انجام اقدام (مثل: Percutaneous ، Transtemporal، Open ، ...)
 - ابزار مورد استفاده (در صورتی که از دستگاه یا ابزار خاصی، برای عمل استفاده شود)
۷. در مورد ثبت صحیح تشخیص ها و اعمال جراحی راهنمای اصول تشخیص نویسی ابلاغ خواهد شد.
۸. اطلاعات ثبت شده در مورد کنترل شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل بایستی باهم مطابقت داشته باشند.
۹. مهر و امضای پزشک جراح و پرستار اتاق عمل، الزامی است.
۱۰. ثبت دستورات بعد از عمل، الزامی است.

۹.۱۱- فرم مراقبت بعد از عمل جراحی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
۲. ثبت نوع عمل جراحی و بیهوشی الزامی است.
۳. ثبت تاریخ عمل، و ساعت ورود و خروج به اتاق ریکاوری الزامی است.
۴. ثبتیات این فرم نشان دهنده وضعیت بیمار از هنگام ورود به اتاق ریکاوری تا زمان خروج از اتاق ریکاوری است و باید توسط متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری تکمیل گردد، بنابراین علائم حیاتی بیمار، وضعیت تنفس، معاینات داده شده به بیمار، معاینات دفع شده، اقدامات و داروهای داده شده در اتاق ریکاوری و ... باید در این فرم ثبت گردد و ثبت این اطلاعات الزامی می باشد.
۵. ثبت دستورات پزشک، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است.
۶. ثبت مشاهدات پرستار، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است.
۷. مهر و امضاء متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری الزامی است.

۱۰- فرم دستورات پزشک

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
۲. ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است.
۳. دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.
۴. مهر و امضاء پزشک در پایان دستورات الزامی است.

۵. پزشک باید در انتهای دستورات آنها را ببندد، در صورتی که این امر توسط پزشک انجام نشود می بایست توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود (جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) بسته شود.
۶. پرستاران بایستی به شکلی (معمولا با علامت چک مارک) در فرم دستورات پزشک نشان دهند که دستورات اجرا شده است. تاریخ و ساعت چک شدن دستور توسط پرستار باید ذکر شود.
۷. دستورات پزشک مشاور: باید به تایید پزشک معالج رسانده شود.
۸. وقتی که پزشک بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی به پرستار 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.
۹. مهر و امضای پرستار الزامی است.

۱۱- فرم گزارش پرستار

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
۲. گزارش پرستار باید نشان دهنده مشاهدات عینی پرستار از تغییرات بالینی، رفتاری و روحی بیمار، و مداخلات مجاز پرستاری باشد. گزارش پرستاری باید شامل موارد زیر باشد:
 - ثبت کلیه اقدامات دارویی شامل داروهای داده شده و دوز آنها
 - ثبت کلیه اقدامات درمانی انجام شده توسط پرستار مثل پانسمان، وصل سرم، نوار قلب و ...
 - ثبت ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت بیمار
 - ثبت نمونه های آزمایشات ارسال شده به آزمایشگاه
 - ثبت وضعیت عمومی بیمار مثل درد، غذا و اشتها، دفع، استراحت و خواب (مخصوصا در شیفت شب).
 - ثبت علائم حیاتی بیمار
 - ثبت رفتار بیمار: مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست. رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز می شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.
 - عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری: مثال: اثر مسکن بر درد، اثر پاشویه بر تب، گرما و سرما بر کاهش تورم و ... (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوست)
 - ثبت حوادث غیر مترقبه: فرار، سقوط، حساسیت و آلرژی، برق گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی باید با ذکر ساعت و توضیحات کامل و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قرار دادن مسئولین ثبت گردد. هم چنین باید اقدامات لازم ایمنی یا حفاظتی، اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش، ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار، قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.

- ثبت موارد پاراکلینیک : جواب آزمایشات ، گرافی ها ، باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگه های لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود .
 - ثبت ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست ، مسئول تغذیه ، بیهوشی و...) .
 - ثبت پیشرفت بیمار ، آموزشهای داده شده به وی
 - ثبت وضعیت نوزاد برای موارد زایمانی در بخش زنان و زایمان (حتی در صورت سالم بودن نوزاد در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت) .
۳. ثبت تاریخ و ساعت گزارشات الزامی است.
۴. امضاء پرستار همراه با مهری که حاوی مشخصات وی می باشد یا امضاء پرستار که حاوی درج مشخصات وی بصورت دستی می باشد همراه با مهر بخش الزامی است .
۵. انتهای هر گزارش باید با خطی بسته شود.

گزارشات	چارچوب زمانی ثبت	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	پذیرش اورژانس و قبل از ترخیص یا انتقال بیمار از اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	بدو پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهجمی	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهجمی
گزارش‌های مشاوره	بلافاصله پس از انجام مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	بلافاصله بعد از عمل	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص *	بلافاصله بعد از انجام اقدام	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	زمان ترخیص	از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص
گواهی فوت	زمان مرگ	از زمان مرگ تا ۷ روز پس از ترخیص
فرم انتقال	زمان انتقال	۲۴ ساعت بعد از انتقال

* نوار مغز، نوار قلب، تست‌های استرس تردمیل، تصویربرداری پزشکی و سایر گزارش‌های

اگر گزارشی در چارچوب زمانی ثبت انجام نگردد و بعد از این زمان تکمیل گردد تحت عنوان **late entry** (یادداشت‌های تاخیری) در پرونده ثبت می‌گردد.

۳. رفع نقص پرونده پزشکی

- در بخش مدارک پزشکی، پرونده پس از بررسی کمی و کیفی، در صورت ناقص بودن، باید مستند ساز را از طریق فکس، ایمیل، یا اطلاع الکترونیکی از نقص پرونده پزشکی آگاه کند. مستند ساز موظف است طی ۱۴ روز از تاریخ دریافت نقص نسبت به رفع نقص مراجعه کند.
- الصاق فرم رفع نقص (که حاوی نام و شماره پرونده بیمار و عناصر ناقص پرونده و تاریخ ارجاع به بخش درمانی می‌باشد) ضروری است.
- چنانچه پرونده ظرف ۱۴ روز رفع نقص نشد، ابتدا بصورت شفاهی اخطار داده می‌شود و در صورت تکرار مسئول مدارک پزشکی درخواست تذکر کتبی را از مدیریت دارد.