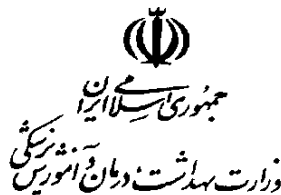


شماره: .....

تاریخ: .....



## دستور العمل مستندسازی پرونده پزشکی

معاونت درمان

دو قمر مدیریت پارستانی و تقالی خدمات بایستی  
گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان



کد دستور العمل کشوری: م پ- ۲- ۹۶/۶-۲

زیر نظر:

دکتر محمد حاجی آقاجانی - دکتر علی ماهر

مولفان:

دکتر محمد اسماعیل کالی - اکرم واحدی برزکی - دکتر فاطمه بهتاج - مسعود جوادی درآباد - دکتر زهرا میدانی - دکتر راحله کتخلی - معصومه حسینی - دکتر محبوبه میرزایی

بکاران:

زهرا کوی رستم کلانی - بنیامین محسنی ساروی - دکتر مهناز صدیگ - سارا اسکانی پور - سعید آقاجانیان - رشید یزدانی - دکتر جهانپور علیپور - صفیه ایلاتی - زهره مصدر - مهناز خلدان

شهریور ماه ۱۳۹۶

آدرس: تهران - شهرک غرب (قدس) - بلوار فرخزادی - ایوانک شرقی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک آ - طبقه ۷ - تلفن تماس: ۸۱۴۵۴۶۲۲

آدرس الکترونیک: <http://medcare.behdasht.gov.ir> - پست الکترونیک: [HIM@health.gov.ir](mailto:HIM@health.gov.ir)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## فهرست:

صفحه	عنوان
۴	مقدمه
۴	هدف کلی
۴	اهداف اختصاصی
۴	شمول دستورالعمل
۵	بخش اول: اصول کلی
۸	بخش دوم: اصول جزئی مربوط به مستندسازی پرونده پزشکی
۱۱	بخش سوم: اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستندسازی / مستندات از قلم افتاده
۱۴	بخش چهارم: چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی
۱۵	بخش پنجم: ملاحظات مهم در مستند سازی

## مقدمه:

پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می نماید. پرونده پزشکی به عنوان زیر بنای ثبت تمام استانداردهای ارائه خدمت به بیمار؛ در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارائه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش و مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه ها نقش دارد.

مجموعه حاضر با هدف تدوین اصول کلی در زمینه مستندسازی پرونده پزشکی در ۵ بخش و ۱۷ ماده و ۱۹ تبصره تنظیم شده، و از این پس به عنوان مرجع اصول مستند سازی در همه بیمارستانها و واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت کشور اجرای آن الزامی می باشد.

## هدف کلی:

این دستورالعمل با هدف ارتقای کیفیت مستندات پرونده پزشکی و به تبع آن ارتقای کیفیت خدمات در حوزه سلامت در راستای تضمین ایفای حقوق، گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت تنظیم شده است.

## اهداف اختصاصی:

۱. ایجاد بستری مناسب جهت توصیف خدمات ارائه شده به بیمار، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت و تدوین دقیق طرح مراقبت از بیمار
۲. ایجاد مستندات قانونی در مورد ضرورت و کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار، صیانت از حقوق بیمار و پشتیبانی از تصمیمات حرفه ای ارائه دهندگان خدمت
۳. تضمین بازپرداخت خدمات ارائه شده به بیمار
۴. ایجاد منابع غنی اطلاعاتی به منظور تقویت آموزش و پژوهش در حوزه پزشکی و حرف وابسته

## شمول دستورالعمل:

- گروه مستند سازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:
- ارائه دهندگان خدمات اعم از پزشکان، پرستاران، ماماها و سایر گروههای مرتبط شامل رادیولوژی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و ....
- کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان
- کارشناسان امور ترخیص

## بخش اول: اصول کلی

**ماده ۱.** کلیه خدمات ارایه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.

**ماده ۲.** تمامی فرم های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.

**تبصره ۱-۲.** با توجه به یکسان سازی فرم های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به کلیه دانشگاهها و دانشکده ها، لازم است در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود از فرم های مذکور استفاده شود. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.

**ماده ۳.** تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.

**تبصره ۱-۳.** مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارایه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

**ماده ۴.** کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه "کاربرد ندارد" یا اختصار آن (N/A)<sup>۱</sup> استفاده شود.

<sup>1</sup> Not Applicable

**ماده ۵.** اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.

**تبصره ۵-۱.** ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.

**ماده ۶.** کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.

**تبصره ۶-۱.** ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است؛ ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره و ... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

**تبصره ۶-۲.** هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. هم چنین لازم است مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.

**تبصره ۶-۳.** در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج گردد.

**تبصره ۶-۴.** ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.

**ماده ۷.** هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. تایید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت گیرد.

**تبصره ۷-۱.** در مراکز آموزشی درمانی، تایید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا نماید. این کار می تواند در فرم جداگانه ای (از نوع همان فرم) انجام شود.

**ماده ۸.** کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

**ماده ۹.** در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املائی صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

## بخش دوم: اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

**ماده ۱.** در ثبت عبارات های تشخیصی رعایت نکات زیر ضروری می باشد:

- ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیص های حین درمان، تشخیص نهایی، وضعیت های همراه و عوارض) در قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزئیات مورد نیاز صورت گیرد.
- عدم ثبت علائم و نشانه های بیماری ها به عنوان تشخیص. در این رابطه ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.
- عدم تناقض در ثبت عبارات های تشخیصی در بخش های مختلف پرونده رعایت گردد.
- رعایت اولویت در ثبت تشخیص ها و اقدامات (به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی<sup>۲</sup> از سایر وضعیت ها<sup>۳</sup>) صورت گیرد.
- از اختصارات غیر استاندارد برای ثبت تشخیص ها و اقدامات درمانی استفاده نگردد.

**ماده ۲.** عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان جزئیات

مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر (در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمتهای مختلف می باشد، ذکر محل دقیق)، سمت موضع (در مورد مواضع دوطرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپی و ...) باشد. در موارد استفاده از اصطلاح اپونیم در شرح اقدام، اقدامات صورت گرفته با ذکر جزئیات مربوط به آنها ثبت گردد.

**ماده ۳.** در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است

پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت ✓ تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده؛ تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

**تبصره ۳-۱.** پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود.

<sup>2</sup> Main condition

<sup>3</sup> Other conditions



#### **ماده ۴. دستورات تلفنی (Tel orders)، بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.**

**تبصره ۴-۱.** بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

#### **تبصره ۴-۲.** لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tel orders) در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

**ماده ۵.** در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

**تبصره ۵-۱.** لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order) یا صرفاً تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد" قابل انجام است.

**تبصره ۵-۲.** گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج؛ باید در پرونده بیمار موجود باشد.

**ماده ۶.** کلیه آزمایشات، تصویربرداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویر برداری یا خدمات تشخیصی خاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می شود، پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیر طبیعی و بحرانی<sup>۴</sup> را مشخص نموده به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

---

<sup>4</sup> Panic value

## بخش سوم: اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی / مستندات از قلم افتاده

❖ گاهی اشکالات یا اشتباهاتی در مستند سازی روی داده و تغییر یا توضیحی لازم خواهد بود، در چنین شرایطی لازم است اقدامات اصلاحی مناسب اعمال شود.

**ماده ۱. روش تصحیح خطا:** هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:

- دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

**تبصره ۱-۱.** اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

**تبصره ۱-۲.** هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

**تبصره ۱-۳.** لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

**ماده ۲. مستندات از قلم افتاده:** مواعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل موردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.

**تبصره ۱-۲.** ثبت داده ها با تاخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

- ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" مشخص گردد.
  - تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
  - رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
  - محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.
- تبصره ۲-۲. ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات:** "ضمایم و ملحقات" نوع دیگری از ثبتهای تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

#### **روش اضافه کردن اطلاعات:**

- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- واژه "ضمیمه / اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردیکه این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان گردد.
- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

**تبصره ۲-۳. ثبت توضیحات:** نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می باشد. اینگونه یادداشتها برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.

برای ایجاد یادداشت توضیحی:

- تاریخ و زمان جاری مستند شود.
- واژه "یادداشت توضیحی" ثبت ، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.
- تا جای ممکن، یادداشتهای توضیحی در حد اقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

## بخش چهارم: چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

در صورت عدم رعایت تبصره ۶-۲ به دلایل موجه، چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی به شرح ذیل می باشد:

گزارشات	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از اجرای طرح درمان
گزارش های مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	تا قبل از تسویه حساب بیمار
برگ انتقال بیمار	همزمان با انتقال بیمار

## بخش پنجم: ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار

عملکرد غلط	عملکرد صحیح
پاک نمودن مطالب اشتباه با استفاده از لاک غلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت.	کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشتباه و ثبت کلمه "Mistaken Entry" در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی و امضا.
ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها، عجله برای کامل نمودن گزارشات، و ثبت حدس و گمان در پرونده.	ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت آنها، ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.
ثبت مطالب به صورت پراکنده در گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب.	ثبت گزارش بصورت خط به خط، و در صورت باقی ماندن فضای خالی بین نوشته ها، کشیدن یک خط افقی در آن، و ثبت نام و نام خانوادگی و امضا در آن محل.
در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "پزشک اشتباه نموده است".	در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "برای روشن شدن دستور با پزشک تماس گرفته شد".
ثبت خدمات ارایه شده به بیمار توسط فردی غیر از ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار.	ثبت خدمات ارایه شده به بیمار صرفا توسط ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار. (هیچگاه ثبت های دیگران را عهده دار نگردید به جز مواردی که ارایه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع می دهد در این شرایط منبع اطلاع گزارش و نحوه گزارش "تلفنی" را ثبت نمایید)
استفاده از عبارات عمومی نظیر «وضعیت بیمار تغییری نکرده» یا «بیمار روز خوبی داشته است» در ثبت گزارش.	ثبت وضعیت بیمار به طور کامل با جزئیات در گزارش.
ثبت کل مطالب گزارش در پرونده در پایان شیفت و با عجله.	ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج در طول شیفت، و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی، و مهر و امضای مستند ساز.

## منابع:

- اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی. دکتر مهرداد فرزندی پور، ۱۳۸۴.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
- AHIMA: Health Information Practice and Documentation Guidelines. 2001
- Lyons J, Martinez J. Medical malpractice matters: medical record. 2005