

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

چگونگی مستند سازی

تعریف مدارک پزشکی

مدارک پزشکی:

یکسری اطلاعات نوشتاری و گرافیکی است که حقایق و رویدادهای دوره ارائه مراقبت و درمان بیمار را مستند می کند.



گزارش پزشکی:

بخشی از مدارک پزشکی است و یک سند قانونی دائمی محسوب می شود که به صورت رسمی فرآیندهای تشخیص و درمان بیمار و متوفی را بیان می کند.



مستند سازی پزشکی:

فرایند ثبت کامل اطلاعات مربوط به ارائه مراقبت های سلامت (واکسیناسیون، چک آپ) و درمان بیمار و یا شرایط یا علل مرگ متوفی است.

اهمیت و اهداف مستندسازی پزشکی

- جهت تهیه مدارک مستند از جریان بیماری و درمان بیمار
- ابزار ارتباطی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی درمانی
- ارزیابی مراقبت بهداشتی درمانی
- مدرک قانونی
- پژوهش و آموزش
- اعتباربخشی و تایید مراکز درمانی
- بازپرداخت هزینه های درمانی توسط ادارات بیمه

دستورالعمل های مستند سازی پزشکی

- الف - چگونه مستند سازی انجام شود (How) .
- ب - چه چیزی مستند شود (What) .
- ج - چه موقع مستند شود (When) .
- د - چه کسی مستند کند (Who) .

How to Document ?

مستندسازی داده های پرونده بهداشتی درمانی باید دارای ویژگی های زیر باشد:

صحت Accuracy: داده ها باید درست، خوانا و معتبر داشته باشند.

بهنگام بودن Timeliness: اطلاعات مرتبط به اقدامات تشخیصی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

کامل بودن Completeness: سازمان بهداشت جهانی کامل بودن را به «وجود کلیه داده های لازم» تعبیر می کند.

مربوط بودن Relevancy: نخستین شرط لازم برای کیفیت داده است که از معنی دار بودن داده ها برای اجرای فرآیند یا کاربردی که بخاطر آن گردآوری می شوند، حکایت می کند.

تازگی Currency: این ویژگی بر روزآمد بودن داده ها دلالت می کند. ارزش داده ها در طول زمان تغییر می یابد مثلاً آنچه ده سال قبل ارزش یک داده محسوب می شده ممکن است امروز دیگر همان نباشد.

همسانی Consistency: به این معنی که داده ها باهم تناقض نداشته باشند. داده های با کیفیت همسان هستند. استفاده از اختصارات که دارای دو معنی مختلف می باشند، مثال خوبی از عدم همسانی است که می تواند مشکلاتی را ایجاد نماید.

قوانین مستندسازی

1. **توصیفی از مشاهدات عینی باشد:** دقیقا آنچه را که مشاهده می کنید شرح دهید و آنچه را که می بینید مستند کنید. نه آنچه را که فکر می کنید.
2. **صریح باشد:** از اظهارات مبهم و کلی گویی اجتناب کنید، مثلا بیمار شب ناراحتی را سپری کرده است.
3. **از نقل قول مستقیم استفاده شود:** حتی الامکان از کلمات دقیق بیمار استفاده کنید و نقل قول مستقیم بیمار را بنویسید. شنیده ها را ثبت نکنید.
4. **مستند سازی به هنگام باشد:** یعنی ثبت اطلاعات مراقبت باید بهنگام رخداد حوادث باشد. اگر ثبت یک امر مقتضی را فراموش کردید باید داده ثبت شده را به عنوان ورودی **دیر ثبت شده** مشخص کنید.

5. مستندسازی واضح و مداوم باشد:

- کلیه اطلاعات ثبت شده باید **خوانا و خوش** خط ثبت و نوشته شود. رعایت املا صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.
- اطلاعات باید بصورت متوالی ثبت شود و استمرار ثبت اطلاعات باید وجود داشته باشد.
- اختصارها را خودتان **اختراع نکنید**. در قسمت تشخیص ها از اختصار استفاده **نشود** چون برخی از آنها چندین بیماری را بیان می نمایند مانند MS
- در فرمها خط خالی نگذارید و با ثبت اطلاعات به ترتیب تاریخ از همه خطوط استفاده کنید.
- چنانچه مستندسازی را بر روی پشت صفحه یا صفحه جدید ادامه می دهید، **کلمه ادامه** را نوشته و مجددا تاریخ و ساعت را قبل از ورود داده ها بنویسید.
- چنانچه بین داده های ورودی، **خط خالی** قرار گیرد، باید یک خط بر روی آن کشیده شود.



- برای مستند سازی از جوهر آبی یا مشکی استفاده کنید مگر اینکه شما از کامپیوتر استفاده کنید یا بیمارستان محل کار شما برای شیفیت های مختلف از رنگ های مختلفی استفاده کند.
- از مداد یا جوهری که قابل پاک شدن است استفاده **نکنید**.
- همه یادداشت هایتان **تاریخ** داشته باشد.
- زمان (تاریخ و ساعت و صبح یا بعد از ظهر) مستند سازی را یادداشت کنید.
- **اسم و عنوانتان** را به طور کامل نوشته **امضا و مهر** کنید.

6. اشتباهات مستندسازی ثبت شود.

- چنانچه دچار اشتباه شوید، هرگز آن را **پاک نکنید**. یک خط بر روی قسمت اشتباه بکشید و در یک پرانتز ذکر کنید (error) (غلط)
- **پاک کردن** و استفاده از مایع تصحیح (لاک) در پرونده و گواهی ها **غیر قانونی** است.

7. همه اطلاعات مربوطه ثبت شود.

تمام ارتباط هایی که با سایر اعضا تیم درمانی جهت درمان بیمار وجود داشته باشد باید ثبت شود. چنانچه پرونده ها تحت بررسی قرار گیرند و یا شما به دادگاه احضار شوید، اگر اطلاعات یا اقدامات انجام شده ثبت نشود، از نظر قانون آن کار انجام نشده است.

8. محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد.

یعنی مشاهدات، ارزیابی ها و اقدامات ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و **هرگز نباید** با کس دیگری در میان گذاشته شود.

What to Document ?

- درمسائل قانونی، يك پرونده يا گواهی ناقص، انعكاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است.
- **حذف جزئیات.** يك اشتباه مهم و عمومی درمستندسازی است. البته این بدان معنا نیست که هرچیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.
- مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که :
- “ آنچه در پرونده ثبت نشده؛ یعنی انجام نشده ”

دستورالعمل ثبت عبارات تشخیصی

یک عبارت تشخیصی کامل باید شامل موارد زیر باشد:

1- علت زمینه ای بوجود آورنده بیماری و مرگ

2- تظاهرات بالینی ایجاد شده

Example:

Anemia due to blood loss from chronic gastric ulcer

Manifestation

etiology

Neoplasms

- رفتارهای نئوپلاسم

Benign

Uncertain and unknown behavior

In situ

Malignant in primary site

Malignant, metastatic site, secondary

Infectious disease

1- موضع عفونت

2- عامل عفونت زا

Acute cystitis due to E. Coli

Infection site

infection organism

Meningiococal pericarditis

Burns

1- عمق و درجه سوختگی

2- موضع سوختگی

3- وسعت یا درصد سوختگی

همواره سوختگی با بالاترین درجه به عنوان تشخیص اصلی ثبت می شود.

Third degree burn of trunk with 30% Body Surface.

Depth of burn

anatomical site

extent of burn

Poisoning

- 1- ماهيت مسموميت
- 2- عامل مسموميت
- 3- تظاهرات باليني

<u>Orthostatic hypotension</u>	,accidental <u>poisoning</u> with
Manifestation	entity of poisoning
<u>hypertension pills</u>	
agent	

Disease

1- مزمن

2- حاد

When to Document ?

- مراقبت و درمان را به هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.
- هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.

Who to Document ?

تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند، مستندسازنامیده می شوند؛ زیرا آنها به ترتیب زمانی، حقایق و مشاهدات دائمی درباره سلامت بیماران را ثبت می کنند.

- ۱- مسئولین پذیرش بیمار (با ثبت اطلاعات)
 - ۲- پزشکان (با ثبت مشاهدات و دستورات)
 - ۳- پرستاران (با ثبت اقدامات بالینی مراقبتهای پرستاری)
 - ۴- سایر گروههای مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و ...)
- هر قدر مشغله کاریتان زیاد باشد از دیگری نخواهید که مستندات شما را کامل کند و هرگز مستندات فرد دیگری را کامل نکنید.

خطاهای شایع در پرونده نویسی

۱. **از قلم افتادگی:** در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجرای کار قصور کرده اید یا تلاش کرده اید که مدرک مخفی باشد.

۲. **ثبت مهم**

۳. **تأخیر در ثبت:** اگر مجبور به تأخیر در ثبت هستید آنرا مشخص کرده و زمان آنرا ثبت کنید. زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید.

۴. **تصحیح نامناسب**

۵. **ثبت غیر مجاز:** فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید. اقدامات سایرین را ثبت نکنید.

۶. **اختصارات مهم یا نادرست:** فقط از اصطلاحات « کمیسیون مشترک اعتبارگذاری سازمانهای مراقبت بهداشتی درمانی » مطابق با سازمان خودتان برای ثبت گزارشات استفاده کنید .

۷. ناخوانی و فقدان وضوح: طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند .

- سایر اشتباهات شایع :

☐ قصور در ثبت اطلاعات وضعیت سلامت بیمار

☐ قصور در ثبت داروهای داده شده به بیمار

☐ قصور در ثبت اعمال پرستاری

☐ قصور در ثبت عکس العمل های دارویی

☐ قصور در ثبت تغییر وضعیت بیمار

☐ ثبت اشتباه روی پرونده بیمار

جنبه های قانونی مدارک پزشکی



محرمانه بودن مدارک پزشکی

محرمانگی یک صلاحدید درارتباط با افشا اطلاعات بیمار است و به عبارت ساده رازداری می باشد.

هنگامی که یک بیمار مراقبتهای پزشکی دریافت می کند صرف نظر از نوع موسسه و ارائه دهندگان خدمات ، اطلاعاتش محرمانه و به عنوان راز محسوب میشود و به شخص غیرمجاز افشا نمی شود .

در قسم نامه بقراط آمده است:

" آن چه در حین انجام این حرفه خود و حتی خارج از آن درباره زندگی مردم خواهم دید یا شنید که نیاید فاش شود به هیچ کس نخواهم گفت زیرا این قبیل مسائل را باید به گنجینه اسرار سپرد."

Basic Guidelines

راهکارهای اساسی

کادرپزشکی نباید در یک مکان عمومی در مورد بیمار گفتگو نمایند و در صورت ضرورت مورد بدون نام و مشخصات بیمار مورد بحث قرار گیرد.

کارکنان مراقبت بهداشتی درمانی هنگام استخدام یک توافق نامه محرمانگی امضا کنند و هر سال این توافق نامه را تمدید کنند.

رویه های محرمانگی به راهروها و اتاق بیماران نیز مربوط می شود تشخیص، اقدامات و قرار ملاقاتهای بیماران نباید در یک مکانی که قابل مشاهده باشد، قرار گیرد.



امنیت فیزیکی: نگهداری ایمن پرونده پزشکی بیمار
اطلاعات تشخیصی قابل رویت نباشد.

آلرژی بیمار به طور واضح روی پوشه مشخص باشد.
اطلاعات حساس مانند HIV مثبت نباید قابل رویت باشد.

در محیطهای کامپیوتری:

کارمند هنگامی که پرونده بیمار باز است نباید کامپیوتر را رها کند.
قبل از ترک محل باید کامپیوتر را خاموش کند.



قانون محرمانه بودن روابط

اطلاعات مدارک پزشکی از این جهت محرمانه تلقی می شوند که رابطه بین پزشک و بیمار رابطه ای خاص می باشد و باید از افشا شدن محفوظ باشد.

قوانین مربوط به صدور پروانه طبابت و به طور کلی اخلاق پزشکی، پزشک را از افشای روابطش با بیمار و همچنین ایفای شهادت در دادگاه بدون اجازه بیمار منع کرده است.

تنها بیمار می تواند از حق محرمانه ماندن این ارتباط محرمانه صرف نظر کند، اگرچه یک اصل پذیرفته شده جامع نیست.

قانون افشاي اسرار

ماده 106 قانون مجازات اسلامي :

اطبا، جراحان، قابله ها، داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می شوند، هرگاه در غیر از مواردی که برحسب قانون ملزم هستند، اسرار مردم را افشا کنند، به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می شوند.

ماده 4- قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

شاغلان حرفه های پزشکی موظفند اسرار بیمار و نوع بیماری او را - مگر در موارد تصریح شده در قوانین- حفظ کنند .

متخلفان این ماده برحسب مورد به مجازاتهای مقرر در بند های الف، ب، ج محکوم خواهند شد و در صورت تکرار افشا اسرار بیماران برحسب بند د رفتار خواهد شد.

الف: تذکریا توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی محل.

ب: اخطار و توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل.

ج: توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل.

د: محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یکسال در محل ارتکاب تخلف.

گزارشات اجباري که پزشک ملزم یا مجاز به افشاء اسرار مي باشد بدون اینکه مسئولیت کيفري یا مدني داشته باشد.

الف) تولد و فوت:

□ به موجب قانون ثبت احوال مصوب 16/4/1355 ماما یا پزشکی که در حین ولادت حضور و در زایمان دخالت داشته مکلف به صدور گواهی و ارسال يك نسخه آن به ثبت احوال محل در مهلت اعلام شده مي باشد.

□ مطابق ماده 24 همین قانون يك نسخه از گواهی فوت با اظهار نظر پزشک باید به ثبت احوال کل ارسال شود.

ب) امراض واگیردار:

- وبا و اسهال های وبایی شکل
- طاعون
- تب زرد
- مطبقه (تیفوئید)
- محرقه (تیفوس اگزانتھاتیک)
- آبله
- مخملک
- سرخجه
- خناق (دیفتري)
- اسهال خونی
- سرسام واگیردار (مننژیت سربرواسپینال)
- تب عرق گز (miliary fever)
- مالاریا
- فلج اطفال
- تب مالت

- علاوه بر بیماری‌های فوق الذکر، در صورتی که در مراکز پرجمعیت از قبیل مدارس، کارخانجات، زندان.... یکی از بیماری‌های سیاه سرفه، جذام، باد سرخ، ورم غده بنا گوش، سل سینه، گریپ، ذات الریه (پنومونی)، تراخم، سیاه زخم، تب راجعه (تیفوس دکورانت)، آبله مرغان، هپاتیت های ویروسی و مسمومیت غذایی دیده شود. پزشك مسئول آنجا بایستی مراتب را به اداره بهداشت محل گزارش نماید.

- به موجب ماده واحده قانون راجع به ثبت و گزارش اجباری بیماری‌های سرطانی مصوب سال 1363، کلیه موسسات درمانی، آزمایشگاه‌های آسیب شناسی و تشخیص طبی اعم از دولتی و غیردولتی مکلفند. چنانچه به موارد سرطانی و یا مشکوک به سرطان برخوردند نتیجه را محرمانه به مراکز معینه از سوی وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی ارسال دارند.

ماده 538 قانون مجازات اسلامي

- هر کس شخصا يا توسط شخص ديگري براي معافيت خود يا شخص ديگري از خدمت دولت يا نظام وظيفه يا براي تقديم به دادگاه گواهي پزشکي به اسم طبيب جعل کند به **حبس از شش ماه تا یکسال** يا به **سه تا شش ميليون ريال** جزاي نقدي محکوم خواهد شد.

ماده 539 قانون مجازات اسلامي

- هر گاه طبيب تصديق نامه بر خلاف واقع در باره شخصي براي معافيت از خدمت در ادارات رسمي يا نظام وظيفه يا براي تقديم به مراجع قضائي بدهد به **حبس از شش ماه تا دو سال** يا به **سه تا دوازده ميليون ريال جزاي نقدي** محكوم خواهد شد و هرگاه تصديق نامه مزبور به واسطه اخذ مال يا وجهي انجام گرفته علاوه بر استرداد و ضبط آن به عنوان جریمه به مجازات مقرر براي رشوه گیرنده محكوم مي گردد.

ماده 540 قانون مجازات اسلامي

- براي ساير تصديق نامه هاي خلاف واقع كه موجب ضرر شخص ثالثي باشد يا آن كه خسارتي بر خزانه دولت وارد آورد مرتكب علاوه بر جبران خسارت وارده به شلاق تا (74) ضربه يا به دويست هزار ريال تا دو ميليون ريال جزاي نقدي محكوم خواهد شد .

جعل و تزوير

ماده 20 قوانين نظام پزشكي:

- جعل و تزوير عبارت است از ساختن نوشته يا سند يا چيز ديگري برخلاف حقيقت، يا ساختن مهر يا امضاي اشخاص رسمي و غير رسمي، يا به قصد تقلب خراشيدن يا تراشيدن، قلم بردن يا الحاق يا محو يا سياه كردن، تقديم يا تاخير تاريخ حقيقي سند يا الصاق متقلبانه ي نوشته اي به نوشته ديگري يا به كار بردن مهر ديگري بدون اجازه ي صاحب آن و نظاير آن.

- ماده 25 قوانین نظام پزشکی :

- هریک از کارمندان و مسئولان دولتی که در حین اجرای وظیفه خود در احکام و تقریرات و نوشته ها و اسناد و سجلات و دفاتر و غیر آنها از نوشته ها و اوراق رسمی تزویر کند، اعم از اینکه امضا یا مهری را ساخته یا امضا یا مهر یا خطوط را تحریف کرده یا کلمه ای الحاق کند یا اسامی اشخاص را تغییر دهد، علاوه بر مجازاتهای اداری و جبران خسارات وارده محکوم به حبس از یک الی پنج سال خواهد بود.



- ماده 25 قوانین نظام پزشکی :

- هریک از کارمندان و مسئولان دولتی که در حین اجرای وظیفه خود در احکام و تقریرات و نوشته ها و اسناد و سجلات و دفاتر و غیر آنها از نوشته ها و اوراق رسمی تزویر کند، اعم از اینکه امضا یا مهری را ساخته یا امضا یا مهر یا خطوط را تحریف کرده یا کلمه ای الحاق کند یا اسامی اشخاص را تغییر دهد، علاوه بر مجازاتهای اداری و جبران خسارات وارده محکوم به حبس از یک الی پنج سال خواهد بود.

با تشكر

