



1- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل، اطمینان از امکان اصلاح و ثبت مستندات در پرونده های پزشکی بیماران در راستای ارتقای کیفیت مستندات پرونده پزشکی و به تبع آن ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات در حوزه سلامت در راستای تضمین ایفای حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش های بالینی و واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

1-3- ویرایش: عبارت است از پیراستن نوشته از نارسایی ها و خطاهای علمی یا زبانی، و تنظیم مباحث آن بر حسب مبانی منطقی و اصلاح خطاهای واژگانی و دستوری بر اساس معیارهای زبان در تشخیص درست از نادرست، به طوری که نوشته پس از ویرایش هیچ گونه خطای علمی یا زبانی و هیچ گونه بی نظمی و آشفتگی و نارسایی نداشته باشد و هیچ نکته ای که خلاف معیارهای پذیرفته شده آن زبان است، در آن مشاهده نشود.

تبصره 1: در بیمارستان با توجه به ملاحظات قانونی هرگونه ویرایش در مستندات پزشکی توسط پزشک یا پرستار پس از ثبت موارد، ممنوع می باشد.

2-3- مستند پزشکی: 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 زیربنای 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.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- مسئول مدیریت اطلاعات سلامت مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

2-4- مدیر درمان و مدیر پرستاری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند توسط گروه پزشکان و پرستاران را برعهده دارند.

3-4- کلیه ی پزشکان و پرستاران مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

1-5- هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد باید توسط پزشکان- پرستاران- ماماها- کارشناسان اتاق عمل و هوشبری دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود و اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت گردد.

2-5- در صورت خطا در ثبت مستندات، باید توسط پزشکان- پرستاران- ماماها- کارشناسان اتاق عمل و هوشبری اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده شود.

تبصره 2: هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر یا لاک غلط گیر مخدوش نمود. بلکه با کشیدن یک خط روی آن و نوشتن اصلاح شد در زیر آن باید آن را تغییر داد.

3-5- پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا باید به حروف توسط فرد مستندساز ثبت و مهر و امضا گردد.

تبصره 3: مواقعی که موردی با تاخیر و خارج از ترتیب ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل (مواردی که قبلا ثبت نشده و به مستندات اضافه می شود.) باید موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شود و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تا زمانی که کلیه ی خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود.

4-5- ثبت های جدید باید توسط فرد مستندساز تحت عنوان ثبت تاخیری با ذکر تاریخ و زمان جاری مشخص گردد.

5-5- ثبت ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات، باید توسط فرد مستندساز با ذکر تاریخ و زمان جاری مشخص گردد.



5-6- یادداشت های توضیحی باید توسط فرد مستندساز با ذکر علت، تاریخ و زمان جاری ذکر گردد.

تبصره 4: چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی مطابق با دستورالعمل کشوری ثبت مستندات در پرونده پزشکی می باشد.

6-پایش و نظارت:

6-1- پایش : فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول مدیریت اطلاعات سلامت با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط مسئول مدیریت اطلاعات سلامت در کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان مطرح خواهد شد.

6-2- نظارت : نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود :

6-2-1- نظارت بر عملکرد پرسنل گروه های پرستاری در اجرای صحیح سند به ترتیب بر عهده ی سرپرستاران و سوپروایزران خواهد بود.

6-2-2- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و سوپروایزران در اجرای صحیح سند بر عهده مدیر پرستاری خواهد بود.

6-2-3- نظارت بر انطباق ملاحظات مهم طبق استاندارد در ثبت مستندات پرونده پزشکی توسط پزشکان و پرستاران به ترتیب بر عهده مدیر درمان و مدیر پرستاری خواهد بود.

تبصره 5: تیم ارزیابان کنترل مستندات در حیطه وظایف خود بر اساس چک لیست، پایش گزارشات را به دفتر بهبود کیفیت ارسال و گزارش نتایج توسط دفتر بهبود کیفیت به رییس بیمارستان ارسال می گردد.

7- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

7-2- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

7-4- بازنگری: این دستورالعمل توسط مدیریت اطلاعات سلامت با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

۸- منابع و مراجع:

۸-۱- استانداردهای اعتبار بخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

۸-۲- دستورالعمل ثبت مستندات در پرونده پزشکی ابلاغ کشوری

۸-۳- اصول مستند سازی اطلاعات پزشکی . دکتر مهرداد فرزندی پور



مدیر پرستاری هلن دلیری راد	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	الهام محمودی - سوپروایزر آموزشی	هاله مطلبی - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	تهیه کنندگان
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مورخ 1404/10/29	تأیید کننده جانشین رییس کمیته دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب		کنترل شد ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ بیمارستان نیکان غرب		