



۱- هدف: پرونده پزشکی بیمار مهمترین 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. هدف از تدوین این دستورالعمل استانداردسازی فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی و ثبت صحیح آن طبق دستورالعمل های کشوری می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی و اتاق عمل	
۳- تعاریف: -	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی و 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 تدوین 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.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیر پرستاری	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مدیر پرستاری: مسئولیت ابلاغ دستورالعمل های ارسالی از معاونت درمان به بخش های بالینی می باشد.
۲-۶	سوپروایزر: مسئول نظارت و کنترل مستندات پرونده بیماران را طی راندهای روزانه و مسئولیت کنترل و ثبت چک لیست های دفتر پرستاری درخصوص ثبت صحیح مستندات را برعهده دارد. مسئولیت گزارش موارد عدم انطباق به مدیر پرستاری و بازخورد به سرپرستار و مسئول شیفت را دارد.
۳-۶	سرپرستار: مسئولیت نظارت و کنترل مستندات پرونده بیماران را به صورت روزانه برعهده دارد. مسئولیت کنترل و ثبت چک لیست های دفتر پرستاری درخصوص ثبت صحیح مستندات را برعهده دارد و ارائه چک لیست ها به دفتر پرستاری و ارائه بازخورد به پرستاران زیر مجموعه و انجام اقدامات اصلاحی را دارد.
۴-۶	پرستار: مسئول اجرای صحیح ثبت مستندات طبق دستورالعمل های ابلاغی می باشد.
۵-۶	سوپروایزر آموزشی: مسئولیت آموزش و ارتقاء آگاهی پرستاران را درخصوص ثبت صحیح مستندات پرونده برعهده دارد. مسئولیت نظارت و کنترل و ارائه بازخورد و انجام اقدامات اصلاحی را برعهده دارد.
۶-۶	مسئول بهبود کیفیت: مسئولیت نظارت و کنترل مستندات پرونده بیماران و انجام اقدام اصلاحی یا برنامه بهبود را درخصوص موارد عدم انطباق مستندات پرستاری و ارائه موارد در کمیته های مرتبط برعهده دارد.
۷-۶	مسئول مدارک پزشکی: مسئولیت نظارت و کنترل مستندات پرستاری پرونده بیماران و ارائه بازخورد به مدیر پرستاری را برعهده دارد. ارائه موارد عدم انطباق پایش کیفی پرونده ها در کمیته اطلاعات سلامت به صورت ماهانه را برعهده دارد.
۷- شیوه انجام کار:	
مدیر پرستاری	۷-۱- دستورالعمل ثبت صحیح مستندات و اقدامات صحیح پرستاری در پرونده تدوین و به کلیه بخش های بالینی ابلاغ گردد.
سوپروایزر آموزشی	۷-۲- سوپروایزر آموزشی برنامه ریزی جهت آموزش و ارتقاء پرستاران و سایر پرسنل مربوطه درخصوص ثبت صحیح مستندات پرونده بیمار را انجام دهد.
پرستار-ماما-کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۷-۳- کارکنان آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی داشته باشند و طبق دستورالعمل مستندات را ثبت نمایند.
سرپرستار مسئول شیفت	۷-۴- سرپرستاران و مسئولین شیفت پرستاری بر ثبت صحیح اقدامات و مراقبت های پرستاری در پرونده بیماران نظارت نمایند و موارد عدم انطباق به پرستاران داده شود و اقدامات اصلاحی انجام شود.
متصدی پذیرش منشی بخش	۷-۵- تمامی فرم های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم های اختصاصی مورد نیاز برحسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.
مسئول مدارک پزشکی مسئول پذیرش منشی بخش	۷-۶- با توجه به یکسان سازی فرم های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، لازم است 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.



۷-۷- تمام اطلاعات باید در فرم مخصوص به خود ثبت شود. جابه جایی ثبت اطلاعات در فرم های پرونده ممنوع است.	پزشک-پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل- منشی
۷-۸- اطلاعات سر برگ فرمها (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و...) به طور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.	متصدی پذیرش منشی بخش
۷-۹- ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگها (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 سربرگها به عهده منشی بخش می باشد.	متصدی پذیرش-منشی
۷-۱۰- 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.	پزشک- پرستار- ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۱- مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی (درجه حرارت) 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 ارائه شده؛ از قاعده رنگ خودکار آبی و یا مشکی مستثنی می باشد و با رنگ قرمز مشخص شود. از مداد یا خودکار سبز استفاده نشود.	پرستار-ماما-کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۲- کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد. ✓ ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که در 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. ✓ 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 مستندسازی وقایع برحسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد. ✓ در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج گردد. ✓ ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.	پرستار-ماما-کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۳- هریک 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.	پزشک - پرستار- ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۴- 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.	پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۵- مستندات 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.	پزشک - پرستار- ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۶- 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.	پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۷- در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است. پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود. 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.	پرستار-ماما-کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۸- پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود.	پزشک - پرستار- ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۱۹- 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.	پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل
۷-۲۰- دستورات تلفنی (Tell orders)، بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.	پرستار-ماما-کارشناس بیهوشی و اتاق عمل

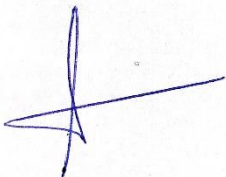


	✓ براساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را برعهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد. ✓ لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tell orders) در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود: ✓ ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (برحسب 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 درمورد 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
پرستار-ماما-کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۱-۷- در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره موردنظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید. ✓ 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 (Reorder) 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. ✓ گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج؛ باید در پرونده بیمار موجود باشد.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۲-۷- کلیه آزمایشات، تصویربرداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری یا خدمات تشخیصی خاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می شود، باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده و پرستاری که رویت کرده و یا به پزشک اطلاع داده است پاراف و مهر و امضا گردد. یافته های غیرطبیعی و بحرانی را مشخص نموده به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۳-۷- گاهی اشکالات یا اشتباهاتی در مستندسازی روی داده و تغییر یا توضیحی لازم خواهد بود، در چنین شرایطی لازم است اقدامات اصلاحی مناسب اعمال شود. 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. ✓ 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. ✓ 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. ✓ لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۴-۷- مستندات از قلم افتاده: مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود. ✓ 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 درمورد 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. ✓ ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: "ضمایم و ملحقات" نوع دیگری از ثبت های 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 می‌کند. از طریق ضامم، اطلاعاتی اضافه می‌شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده‌اند مستند شوند.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۵-۷- برای ایجاد یادداشت توضیحی: تاریخ و زمان جاری مستند گردد. واژه "یادداشت توضیحی" ثبت، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری درمورد آن داده شود ارجاع شود. تا جایی ممکن، یادداشتهای توضیحی در حداقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۶-۷- اگر ثبتیات قابل خواندن نیستند، ثبت کننده از ابتدا ثبتیات 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 می‌شوند، باید دقیقاً مشابه اولی باشد و حتماً تاریخ و امضاء داشته باشند.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۷-۸- انسجام موارد ثبت شده الزامی است به طوری که در پرونده‌های 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 استفاده‌ای نباید در بین نوشته‌ها باقی بماند.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۲۹-۷- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی‌ها و اقدام‌های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.
پزشک -پرستار-ماما- کارشناس بیهوشی و اتاق عمل	۳۰-۷- در پرونده بیمار باید حساسیت‌ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به‌طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار درمورد حساسیت‌ها و واکنش‌ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.
سوپروایزران، مسئول مدارک پزشکی	۳۱-۷- پرونده بیماران توسط تیم درمان متشکل از سوپروایزران، مسئول مدارک پزشکی به‌صورت ماهانه پایش شود و نتایج ارزیابی در کمیته اطلاعات سلامت و کمیته دارو درمان گزارش شود.
مسئول بهبود کیفیت	۳۲-۷- اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود جهت پیشگیری از خطاهای ثبتی انجام شود.
۳۳-۷- ثبت صحیح مستندات شامل: گزارش نویسی، کاردکس نویسی، مشاوره، دستورات پزشکی، فرم مراقبت قبل از عمل، فرم ISBAR، فرم ارزیابی اولیه بیمار، فرم آموزش به بیمار حین ترخیص، مراقبت بعد از عمل جراحی، فرم کنترل جذب و دفع، فرم کنترل علائم حیاتی، فرم نمودار علائم حیاتی، به تفکیک تدوین شده است.	
۸-پایش و نظارت:	
۱-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده سرپرستار و سوپروایزران می‌باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.	
۲-۸- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و سوپروایزران بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.	
۹-مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹- تایید: مسئول فنی، مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.	
۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۴-۹- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به‌صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، کمیته پایش و سنجش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰-منابع و مراجع:	
۱-۱۰- کتاب اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌ها، ویرایش پنجم، ۱۴۰۱	
۲-۱۰- راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه کودک و بزرگسال، پاییز ۹۶، ابلاغی معاونت درمان	
۳-۱۰- راهنمای تکمیل شیت های بخشهای مراقبتهای ویژه (ICU)، شهریور ۹۵	
۴-۱۰- راهنمای تکمیل شیت بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU)، شهریور ۹۵	
۵-۱۰- دستورالعمل مستندات پزشکی -معاونت درمان - شهریور ۹۶	
۶-۱۰- راهنمای مستند سازی فرم های پرونده پزشکی- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی	



تهیه کنندگان			
فرزاد گندمگون سوپروایزر آموزش	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتبار بخشی	مهتاب زمانی مدیریت پرستاری
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		مهتاب زمانی مدیریت پرستاری	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	