



استاندارد های پرونده نویسی

مدارک پزشکی بیماران سرمایه غنی علم پزشکی و ابزار اولیه در زمینه ارزیابی و برنامه ریزی آتی برای مراقبت های بهداشتی و درمانی است و فلسفه اصلی از ثبت دقیق جزئیات بیماری، فراهم ساختن امکان مراقبت بهتر از بیمار است.

ماده ۱. کلیه خدمات ارائه 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.

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.

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 (NA) استفاده شود.

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

تبصره 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.

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 امضا صورت گیرد.

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.

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرایند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت فراگیران محترم یادآوری می گردد:

- ✓ پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری با اجازه مسئول بخش در پایان گزارش نام و نام خانوادگی خود را بنویسید و امضا نمایید.
- ✓ جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را به طور کامل با استفاده از اعداد ۲ تا ۱۲ بنویسید.
- ✓ علائم حیاتی را در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نمایید.
- ✓ هرگونه علائم حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده نوشته شده و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه به صورت واضح و خوانا ثبت و امضا شود.
- ✓ در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود.
- ✓ کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو، دز دارویی، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دارو دادن می باشد).
- ✓ زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود.
- ✓ در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو به طور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود (برخی از علل احتمالی عبارتند از پایین بودن فشار خون بیمار و...).
- ✓ با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد به خصوص در گزارش پذیرش بیمار حتما قید نمایید.
- ✓ گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکارد، توسط اورژانس، توسط همراهان و...) وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.