

باسمه تعالی

«دستور العمل تکمیل پرونده اورژانس بیمارستانی»

در ابتدا نام دانشگاه و مرکز درمانی مربوطه ذکر می گردد، تکمیل مشخصات اعم از؛ کد ملی و شماره پرونده، سابقه بستری - نام و نام خانوادگی، جنس، وضعیت تاهل، شهری - روستایی (بر اساس سکونت بیمار)، تاریخ تولد، مذهب، شغل، آدرس و تلفن، تاریخ و ساعت پذیرش، نوع ورود، پزشک معالج، تاریخ و ساعت ترخیص، دلیل پذیرش (جزء آیتم های ستاره دار (در سیستم) و ثبت **دقیق و بموقع** در سیستم HIS مرکز آنها در کلیه مراکز آموزشی درمانی و بیمارستانها ضروری و اجباری می باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science
مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center

Unit No: شماره پرونده
سابقه بستری: دارد ندارد

National code کد ملی

پرونده اورژانس
EMERGENCY RECORD

<input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی	Marrital status: Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:	
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	Place of ID: محل صدور شناسنامه:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Address & Phone Number: آدرس و تلفن:		
Address & Phone: آدرس و تلفن:			Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:					
Date: تاریخ:	Discharge ترخیص:	Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Police پلیس <input type="checkbox"/>	Person شخص <input type="checkbox"/>	Ambulance آمبولانس <input type="checkbox"/>	Type of Entrance نوع ورود:	Date: تاریخ:	Admission پذیرش:
Time: ساعت:							Time: ساعت:	
(Cause of Injury)		مجروح/مصدوم <input type="checkbox"/> Injured	کد وسیله نقلیه Vehicle CODE.:	تصادفی <input type="checkbox"/> Trauma	مسمومیت <input type="checkbox"/> Poisoning	بیماری <input type="checkbox"/> Illness	نوع پذیرش: Rision of Admission.	

درج زمان پذیرش و ترخیص بیمار به منظور استخراج شاخص های اولویت دار اورژانس - جزء آیتم های الزامی و مورد استفاده در درمان-قانونی- پژوهشی می باشد.

- برای یکپارچگی اطلاعات درون بیمارستانی و بین بیمارستانی، کد ملی، شماره پرونده و نام و نام خانوادگی جزء شناسه های اصلی بیمار مورد توجه قرار گیرد و در پرونده الکترونیک بیمار جزء **کلیدهای اصلی و ارتباطی مستندات بیمار** قرار داده شود.

- درج کلیه اطلاعات اعم از نام همراه یا معرف بیمار، آدرس و تلفن همراه یا معرف بیمار، نوع پذیرش، نوع ورود، کد وسیله نقلیه، علت جراحت در موارد مصدومیت، نام مرکز انتظامی در صورت اطلاع، محل و زمان رخ داد حادثه، در صورت نیاز و به منظور ارائه در مراجع قضایی و دفاع از حقوق بیمار و کادر درمانی الزامی می باشد.

نوع پذیرش: <input type="checkbox"/> Rision of Admission	بیماری <input type="checkbox"/> Illness	مسمومیت <input type="checkbox"/> Poisoning	تصادفی <input type="checkbox"/> Trauma	کد وسیله نقلیه: Vehicle CODE:	مجروح، مصدوم <input type="checkbox"/> Injured	(علت جراحت) (Cause of Injury
به مرکز انتظامی اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.		نوع بیمه:	Insurance:	شماره بیمه:	Insurance Code:	محل حادثه: Place of Accident:
لیست اموال همراه بیمار:		نام و امضاء تحویل گیرنده:			رخ داد حادثه:	زمان حادثه:
		Given by:				

برچسبهای الصاقی (Label) شامل داده های مربوط کد ملی، نام نام خانوادگی، شماره پرونده، تاریخ تولد، جنس، تاریخ پذیرش، نوع بیمه، شغل و بوده و در تمام صفحات پرونده در محل مربوطه الصاق می گردد.

محل الصاق بر چسب شناسایی بیمار شامل داده های: کد ملی، نام نام خانوادگی، شماره پرونده، تاریخ تولد، جنس، تاریخ پذیرش، نوع بیمه، شغل، آدرس

-درج اطلاعات مربوط به فوت، انجام اتوپسی، علت فوت بیمار و نام و امضاء مسئولین مستقیم در ارتباط با بیمار اعم از: مسئول پذیرش، پزشک اورژانس، پزشک متخصص و پرستار مسئول به منظور صدور گواهی فوت بیمار و ثبت در پرونده بیمار و ارائه به اداره پزشکی قانونی استان الزامی می باشد.

Cause of Death: علت فوت:	Yes <input type="checkbox"/> بله	No <input type="checkbox"/> خیر	اتوپسی شده: Autopsy	Date: تاریخ:	فوت: Death
نام و امضاء پرستار مسئول:	نام و امضاء پزشک متخصص:	نام و امضاء پزشک اورژانس:	نام و امضاء مسئول پذیرش:	Time: ساعت:	
Nurse's Name & Signature:	Oncall Physician's Name & Signature:	Emergency Physician's Name & Signature:	Adm. Officer's Name & Signature:		

- **مستند سازی کامل و دقیق تمامی آیتم های مربوط به برگه شرح حال تدوین شده** در بیمارستانهای شهرستانها ضروری بوده ولی در مراکز آموزشی درمانی بر اساس نیاز تخصصی مرکز می تواند فرم تخصصی را با نظر گروه طب اورژانس و پس از استعلام و اخذ تایید کمیته مدارک پزشکی معاونت درمان جایگزین نماید. لازم به ذکر می باشد .

- **مستند سازی سیر بیماری** در همه مراکز و بیمارستانها عین پرونده اصلاحی توصیه می شود..

- ارائه خلاصه پرونده (عمومی و الصاقی) به همه مراجعین اورژانس الزامی است.

- در صورت انجام اعمال پاراکلینیکی، آزمایشات و نتایج رادیوگرافی، نوار قلبی، نوار مغزی، اکو و ... به پرونده بیمار الصاق و کپی مدارک مربوطه به بیمار تحویل خواهد شد.

Laboratory & X-Ray Results:	نتایج آزمایش و رادیولوژی:
Stick Laboratory & X-Ray Reports:	محل الصاق اوراق آزمایش و رادیولوژی و نوار قلبی و اکوکاریوگرافی:

ارزیابی مجدد توسط پزشک:

ارزیابی بعدی پزشک:
 تاریخ: Date:..... ساعت: Time:.....

.....

.....

.....

- مستندات نشان می‌دهند ارزیابی‌های مجدد جهت تعیین تکلیف بیمار برای ترخیص، ارجاع یا بستری در سایر بخشها با در نظر گرفتن محدوده زمانی اعلام شده توسط سرپرست علمی بخش اورژانس و منطبق زمان‌های استاندارد سطوح تریاژ ESI بوده و باید رعایت شود

گزارش اجرای دستورات داروئی توسط پرستار:

مهر و امضاء: Signature	آموزش پرستاری	گزارش اجرای دستورات داروئی توسط پرستار*	ساعت	تاریخ

*توجه: (اجرای داروهای مخدر از قبیل دیگوکسین وریدی، تغذیه وریدی، انسولین و منطبق بر خط مشی تدوینی مراکز بوده و ثبت مهر و امضاء پرستار دوم در موارد فوق الزامی است.)

- بیمارستان خط مشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با تمام مخدرها با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید میگردد که در کتابچه خط مشی و روشهای بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

- آموزش های ارائه شده به بیمار در نهایت با اثر انگشت /امضای وی مستند خواهد بود.
- لازم به ذکر است فرم های؛ CPR، اعزام، مشاوره ها و برگ فوت و سایر ... به صورت فرم های جداگانه ضمیمه پرونده خواهد بود.