

به نام خدا

DOCUMENTATION مستند سازی

دکتر علی استادی

متخصص پزشکی قانونی و مسمومیتها

هیئت علمی دانشگاه

مستند:

□ دلیل ، مدرک ، چیزی که به آن استناد کنند، دارای سند.

□ سند: چیزی که به آن اعتماد کنند. نوشته ، مدرک

□ مدرک: اطلاعات و رسانه

مستندات

- ارزیابی
- زیر بنای سیستم مدیریت کیفیت

مستند سازی DOCUMENTATION

- مستندات پزشکی عبارت است از مجموعه حیاتی حاوی مطالب سری، اخلاقی و اقدامات درمانی موثر که بصورت دست نوشته بر کاغذ یا بصورت الکترونیکی می باشد
- مستندات فراهم کننده : محاسبه ای از دآوری و تفکرات مهم استفاده شده در اقدامات درمانی (سنجش، تشخیص، برنامه ریزی، مداخله و ارزیابی)
- دقیق و به موقع بودن آن نشان دهنده درمان حساب شده است.

مستندات

نشان دهنده علم ،

مهارت ،

قدرت تصمیم گیری و

ثبات پاسخگویی

افراد می باشد.

انتظارات در مستند سازی

- بصورت صحیح و درست،
- به موقع،
- دقیق،
- انعکاس دهنده مشاهدات،
- پایدار و ماندنی،
- خوانا و
- به ترتیب وقوع زمانی باشد.

اهداف و اصول حرفه ای

- ❑ مستند سازی عبارت است از نوشته ها یا اطلاعات الکترونیکی درباره مشتری (بیمار) و تو صیف اقدامات درمانی یا خدمات ارائه شده (به طور مثال: جدولها، نمودارها، یادداشتها، برگه های پرستاری، برگه های سیر بیماری...)
- ❑ به عبارت دیگر مستند سازی عبارت است از ثبت دقیق رویداد اتفاق افتاده و ثبت زمان دقیق آن
- ❑ اسناد بالینی اعتبار قانونی دارد و در پرونده بیمار ماندگار است.
- ❖ مستندات لایحه دفاعیه کادر درمانی در صورت شکایت می باشد

الکترونیکی یا دست نویس باشد باید

شامل:

- ❖ ارزیابی از وضعیت سلامت بیمار
- ❖ برنامه درمانی و نیازهای بهداشتی درمانی بیمار
- ❖ مداخلات درمانی انجام شده
- ❖ تاثیر این مداخلات درمانی در پی آمد بیماران
- ❖ پیشنهادها و نیازهایی که باعث تغییر برنامه درمانی می شود
- ❖ اطلاعات گزارش شده به پزشکان هنگام اجرای دستورات و پاسخ پزشکان

هدف از مستند سازی

- ✓ صحیح، کامل، دقیق بودن یادداشتهای پزشکی مزایا و منافع زیادی برای بیماران، همراهانشان و کادر درمانی دارد
- ✓ در حقیقت مستند سازی اقدامات درمانی نقش اساسی در ارتباط بین رشته ای، اطمینان از کیفیت اقدامات انجام شده، و بررسی های اخلاقی و قانونی بعدی بازی می کند.
- ✓ به همین دلیل در اکثر جاها استاندارد سازی انجام شده است

مکاتبه و تداوم مراقبت

- اطلاعات لازم را برای مراقبتهای بعدی در اختیار افراد قرار می دهد.
- یادداشتهای صحیح و درست و دقیق نشان دهنده قابل اعتماد بودن درمان می باشد و باعث به روز شدن اطلاعات بیماران و ارزیابی اقدامات درمانی انجام شده را آسان می کند.
- یادداشتهای پیشرفت درمان، تغییرات و پاسخ به درمان را نشان می دهد.
- دریافت اطلاعات در مورد بیمار برای افراد دیگر و همراهان را آسان می کند

بهبود کیفیت، اطمینان و مدیریت خطر

- مدیریت خطر سیستمی است برای تشخیص، ارزیابی و کاهش خطر های قابل پیشگیری در ارتباط با بیمار و درمانگر
- برنامه مدیریت خطر عبارت است از کاهش شیوع حوادث قابل پیشگیری، تجزیه و تحلیل خطرها، کنترل و درمان خطرها
- مدیریت خطر مستلزم ثبت مطلوب مستندات مربوط به بیمار می باشد که بعداً برای رسیدگی، بررسیهای اخلاقی و انضباطی، نظرسنجی، بازرسی و آنالیز مدیریت خطر کاربرد خواهد داشت.

برنامه حرفه ای

ارزش قانونی

□ با توجه به این نکته که مستندات پزشکی مدارک قانونی می باشد، باید کاملا صحیح و بدون اغراق نوشته شود.

اهداف دی‌گیری که از مستندات استفاده می‌شود

- تجدید حافظه
- تصمیم‌گیری در مواردی که دستورات پاک شده است
- اظهار نظر در مورد ارائه خدمات اختصاصی و به موقع
- اظهار نظر در مورد استفاده از استانداردها
- تقویت و حمایت از اعتبار شهادت کادر درمانی
- کمک‌کننده در تعیین وسعت آسیب
- نشان‌دهنده اینکه آیا بیمار شاکی است
- مشخص شدن واکنش‌های دارویی

بودجه و مدیریت منافع

□ تنها منبع اطلاعاتی در مورد بررسی بودجه و مدیریت منافع می باشد

پژوهش

□ مستندات پزشکی اطلاعات بسیار مهمی در ارتباط با پژوهش ذخیره می کند.

مستندات را چه کسی باید ثبت کند؟

- ❖ هر فردی که خدمات ارائه می کند باید ثبت کند و در انتها با امضا تایید کند
- ❖ در صورتیکه دو نفر با هم همکاری داشته باشند ، هر دو باید امضا کنند.
- ❖ در کارهای تیمی مانند CPR یک نفر ثبت کننده است

چه چیزی باید ثبت شود؟

- ❖ ثبت اطلاعات باید بیمار محور باشد
- ❖ تمامی اطلاعات در مورد کلیه اقدامات انجام شده ثبت شود (اطلاعات ارزیابی بحرانی، مداخلات، ارزیابی نهایی)

مثال

- ❑ فاکتورهای محیطی (ایمنی، تجهیزات)
- ❑ آموزش بیمار
- ❑ حوادث مهم در طی اقدامات مراقبتی
- ❑ نتایج در مورد بیمار شامل پاسخ به درمان، آموزش و مراقبتهای پیشرفته
- ❑ ارزیابی اطلاعات در مورد ترخیص
- ❑ در بیماران بد حال نوشتن یادداشت های مکرر نشان دهنده پیچیدگی مشکلات بیمار می باشد
- ❑ اطلاعات در مورد انتقال بیمار

اطلاعات مشاهده ای و ذهنی

□ اطلاعات مشاهده ای: گریه کردن، تعریق، خونریزی یا موارد قابل اندازه گیری مانند دمای بدن

□ ذهنی: درد

❖ اجتناب از استفاده از واژه هایی مانند: به نظر می رسد، ظاهراً قابل قبول نیست / زیرا نشان دهنده عدم اطلاع از حقیقت و وجود شک و تردید است

❖ اجتناب از عباراتی مانند: وضعیت تغییر نیافته، روز خوبی داشت، خوب خوابید/ زیرا اظهارات مبهمی هستند و نشان دهنده حقیقت نیست

❖ اگر تردیدی وجود داشته باشد باید علت نوشته شود

- ❑ تاریخ: سال ماه روز
- ❑ ساعت : 24 ساعته ساعت و دقیقه
- ❑ امضا و مهر
- ❑ ثبت درجه و سمت در نوشتارهای دستی و الکترونیکی
- ❑ امضا الکترونیکی: بصورت خودکار در صورت ورود با رمز ورود ثبت خواهد شد

همکاری و ارتباط با سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی

- تلفنی
- ویدئو کنفرانس
- اینترنت
- ❖ مواردی که باید ثبت شود:
 - تاریخ و زمان تماس
 - اسامی افراد در ارتباط
 - اطلاعات رد و بدل شده
 - دستورات، مداخلات و نتایج ارتباط
 - طرح های مورد توافق برای اجرا
 - پیش بینی نتایج

اجرای دستورات دارویی

- ❖ تاریخ و زمان واقعی تجویز دارو
- ❖ نام دارو
- ❖ راه تجویز دارو
- ❖ محل تجویز دارو
- ❖ روش تجویز
- ❖ دوز تجویز شده
- ❖ امضا و مهر

دستورات شفاهی

□ دریافت و اجرای دستورات شفاهی خالی از خطر نیست، لذا برای موارد خاص استفاده شود

دستورات تلفنی

- در اولین فرصت باید توسط پزشک مربوطه مهر امضا شود(قبلا توسط پرستار امضا شده است)
- احتمال خطا در دستورات تلفنی بالاست
- همیشه این سوال مطرح است که خطا از طرف کیست
- معمولا پزشکان دستورات را گفته و پرستاران ثبت و اجرا می کنند

راهنما برای گرفتن و ثبت دستورات

تلفنی:

- ❖ تاریخ و ساعت گرفتن و ثبت دستورات تلفنی
- ❖ باید نوشته شود که دستورات توسط پزشک داده شده است
- ❖ خواندن مجدد دستورات برای پزشک مربوطه
- ❖ ثبت نام و مشخصات پزشک دستور تلفنی دهنده
- ❖ مشابه دستورات شفاهی احتمال خطا بالاست و فقط برای موارد خاص و اورژانس نگه داشته شود

چگونه باید اطلاعات ثبت شود؟

- واضح، مشروح، کامل، صادقانه و با دقت بالا
- خوانا و با املائی درست
- بهتر است از خودکار با رنگ سیاه استفاده شود
- با یک خودکار نوشته شود.
- ❖ تغییر رنگ نوشتار نشان دهنده این است که در زمانهای مختلف ثبت شده است. در صورت تغییر خودکار علت نوشته شود

- از مداد و روان نویس و خود نویس با توجه به اینکه ماندگار نیست و قابل پاک کردن است استفاده نشود
- نباید برای سهولت از فتوکپی استفاده شود
- از برگهای رنگی استفاده نشود
- از واژه های اختصاصی و اختصاری رایج و با املاي صحیح استفاده شود
- خطاهای املاي می تواند باعث خطا های درمانی خیلی خطرناک شود
- اگر به هر علتی برگه ثبت اطلاعات غیر خوانا شد (مثل ریختن آب) برگه ناخوانا نگهداشته شود

فضای سفید و خالی

- باید هیچ فضای خالی و سفیدی بین نوشته ها برای اضافه کردن مطالب بعدی وجود نداشته باشد
- کشیدن خط در فضای سفید

وارد کردن فراموش شده ها و اشتباهات

- ❑ اشتباهات بصورت آشکار و صادقانه اصلاح شود
- ❑ وقتی اشتباهی بین نوشته ها اتفاق می افتد، نباید بین خطوط اصلاح شود
- ❑ هیچ چیز را نباید از بین برد
- ❑ نباید اشتباهات را پاک کرد، یا لاک گرفت یا با استفاده از خودکار پهن مخفی کرد
- ❑ اگر نوشته ها نا خواناست باید توضیحات اضافه شود

- ❖ تصحیح و تغییر هر مطلبی غیر قانونی و تخلف حرفه ای است
- ❖ برای تصحیح اشتباه باید روی نوشته اشتباه فقط یک خط کشیده شود و مطلب صحیح را با درج تاریخ و ساعت تصحیح نوشت.

تغییر یا اضافه کردن

- ❖ هرگونه تغییر یا اضافه کردن باید با دلیل و مستند باشد
- ❖ هیچ وقت نباید برگوی برداشته یا حذف شود

استفاده از اختصار و سمبل

- ❑ استفاده از اختصار مبهم، منسوخ، یا معنی های متفاوت می تواند باعث خطا شود
- ❑ از موارد رایج و موافقت شده استفاده شود

چه زمانی باید اطلاعات ثبت شود

- به موقع، مکررا و به ترتیب وقوع
- ✓ در اولین فرصت ثبت شود
- ✓ هیچ وقت نباید قبل از انجام کامل شود
- ✓ یادداشتهای در مورد بیماران بد حال باید خیلی گسترده و بصورت مکرر باشد
- ✓ اگر به عللی نتوان به موقع و بلافاصله ثبت کرد، باید نوت برداری کرد

گزارش تاخیری یا موارد فراموش

شده

- ❑ با اطلاع و هماهنگی مسئولین مربوطه
- ❑ ثبت تاریخ و زمان
- ❑ علت تاخیر
- ❖ در مواردی که دو پرستار مسئول یک بیمار هستند

اصول قانونی، سیاستها و قوانین

- نگهداری در محل امن
- ❖ شیوه های پذیرش اسناد
- ❖ تصمیمات در مورد تعداد پرونده ها و موارد ثبت تاخیری
- ❖ اختصارات رایج و منسوخ
- ❖ دریافت و ثبت دستورات شفاهی و تلفنی
- ❖ بایگانی، انتقال و ابقای اطلاعات بیماران

برنامه حرفه ای-مدیریت دانش

ثبت به موقع و دقیق و صحیح



پژوهش

تقسیم بندی بیماران

اندازه گیری حجم کار

محرمانه و سری بودن مستندات

- مالکیت و دسترسی به اطلاعات سلامت بیمار
- چه کسی مالکیت پرونده بیمار را دارد؟
- آیا بیمار می تواند به پرونده خود دسترسی پیدا کند؟

چه کسانی می توانند به پرونده بی‌مار دسترسی داشته باشند؟

- افراد مجاز داخل بیمارستان که با اهداف درمانی و اداری که در ارتباط با پرونده بیمار هستند
- افراد درمانی واجد شرایط برگزیده توسط بیمار
- افراد مجاز به دستور دادگاه
- افرادی که طبق قانون مجاز می باشند
- وزیر بهداشت یا افراد انتخاب شده توسط او

ماده 648 قانون مجازات اسلامي

در مورد افشای اسرار

اطبا و جراحان و ماماها و دارو فروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می شوند هر گاه در غیر از موارد قانونی ، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یکسال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می شوند

بایگانی، نگهداری و معدوم کردن پرونده پزشکی

فن آوری در مستند سازی

مستند سازی الکترونیکی

محرمانه بودن اطلاعات در مستندسازی الکترونیکی

- ❖ عدم گذاشتن رمز ورود در اختیار دیگران
- ❖ اطلاع سریع در صورت لو رفتن رمز عبور
- ❖ تغییر رمز ورود به صورت دوره ای
- ❖ انتخاب رمز ورود مناسب
- ❖ در موارد عدم استفاده از کامپیوتر خروج از سیستم
- ❖ محرمانه نگهداشتن اطلاعات ،حتی کپی ها
- ❖ عدم به اشتراک گذاری اطلاعات بیماران
- ❖ قرار دادن پرینترها در محل امن
- ❖ بازیابی سریع اطلاعات چاپ شده
- ❖ حفاظت اطلاعات بیماران در مانیتور
- ❖ اطلاعات مربوط به بیمار فقط در اختیار افراد مجاز گذاشته شود

انتقال اطلاعات پزشکی بیمار

ایمیل

فاکس

Personal Digital Assistants (PDA)

دستیار دیجیتالی شخصی



Telephone/Video Consultation (Telehealth)

مشاوره تلفنی

الزامات قانونی

- ❖ هر یادداشتی را امضا کنید
- ❖ تاریخ و ساعت را به صورت کامل بنویسید
- ❖ اجتناب از گذاشتن فضای خالی
- ❖ قبل از ثبت نوشته های قبلی را بخوانید
- ❖ تمیز و مختصر و خوانا بنویسید
- ❖ املاء و دستورزبان را رعایت کنید
- ❖ از اختصارات رایج استفاده کنید و از اصطلاحات نا مناسب استفاده نکنید
- ❖ اطلاعات دقیق به پزشک گزارش شود
- ❖ از نمودار جهت ثبت علائم حیاتی استفاده شود
- ❖ بلافاصله بعد از انجام اقدامی ثبت شود

❖ نوشته ها را مخدوش نکنید، پاک نکنید و به نوشته های قبلی چیزی اضافه نکنید

❖ نوشته های تاخیری را بصورت صحیح توضیح دهید

❖ تنها مراقبتهایی را که خودتان انجام دادید و یا رسیدگی کردید ثبت کنید

❖ نقل قول دقیق و صحیح را ثبت کنید

❖ با خودکار سیاه ثبت کنید

❖ از ساعت 24 ساعته استفاده کنید

❖ مشخصات بیمار را در تمامی برگها و فرمها وارد کنید

❖ دستورات با دقت رونوشت شود

- ❖ اجتناب از استفاده از یادداشتهای پرستاری برای انتقاد از سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی
- ❖ از بین بردن تعصب در ثبت یادداشتهای
- ❖ قبل از خروج از سیستم محل را ترک نکنید
- ❖ اطلاعات بیمار را بدون دلیل و هدف دریافت نکنید
- ❖ هرگز رمز عبور خود را در اختیار فرد دیگری قرار ندهید

حاکمیت بالینی

Patient &
public involvement

Education & Training

Risk Management

Use of Information

Clinical
Effectiveness

Clinical Audit

Staff & Staff
Management

مشارکت عمومی و بیماران
Patient and public involvement
مدیریت ریسک Risk Management
مدیریت کارکنان Staff Management
آموزش و یادگیری Education and Training
استفاده از اطلاعات Use of information
اثر بخشی بالینی Clinical Effectiveness
ممیزی بالینی Clinical Audit

REFERENCES

- ❑ **DOCUMENTATION GUIDELINES FOR REGISTERED NURSES 2005, College of Registered Nurses of Nova Scotia**
- ❑ **Documentation, Revised 2008**
- ❑ **Documentation Guidelines for Registered Nurses 2006**
- ❑ **Clinical Documentation & Compliance Manual 2004**
- ❑ **LEGAL MEDICAL RECORD STANDARDS 2008**

A landscape photograph featuring a two-lane asphalt road that winds through rolling green hills. The road starts in the foreground, curves to the left, then turns right to follow the crest of a hill, and finally curves left again as it disappears into the distance. The hills are covered in lush green grass and scattered trees. In the background, more hills are visible under a dramatic, overcast sky filled with large, dark, grey clouds. A bright light source, possibly the sun, is breaking through the clouds on the left side, creating a soft glow. The overall mood is serene yet powerful.

Thank you