به طور کلی در مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی ، مستندسازان باید اصول کلی مستندسازی را رعایت کنند رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

الف)مسئول پذیرش بیمار(ثبت اطلاعات دموگرافیکی)ب) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات) پ) پرستاران و ماماها(ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری و ت) سایر گروههای مرتیط(رادیولوژی،آزمایشگاه،فیزیوتراپی و ....)

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی(بستری/سرپایی)به شرح ذیل می باشد:

1- کلیه فرمهای پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.

2- از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.

3- اطلاعات سربرگ فرم های (شامل نام و نام خانوادگی،شماره پرونده،نام بخش،تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و ...) به طور کامل و دقیق توسط منشی ثبت و تکمیل شود.

- کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی مهر و امضا مستندساز تایید و تصدیق گردد.

5- در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.

6- مستندسازی پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد ،خودکار سبز برای مستندسازی استفاده نشود.(جوهر باید دارای ثبات باشند(پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند.)

7- مستندات و ثبتیات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی ،حقیقی و صریح باشند و از حد سیات ،گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

8- در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

9- مستندسازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود (در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن بایستی در صورت معلوم شدن بلافاصله به عنوان یادداشت های تاخیری (late entry ) به پرونده بیمار اضافه گردیده و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستندساز تکمیل گردد.

 10- کلیه مستندات بایستی واضح، مداوم و پیوسته باشد رعایت خوانا بودن ،مرتب بودن،املاء صحصح،نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

- اگر ثبتیات قابل خواندن نیستند ، ثبت کننده از ابتدا ثبتیات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد چرا نوشته فوق را مجددا تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است ، اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند باید دقیقا مشابه اولی باشد و حتما تاریخ و امضا داشته باشند.

11-انسجام موارد ثبت شده الزامی است بطوری که در پرونده های 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 استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند.

12- اشتباهات مستندسازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته شود ((error و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

13- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی های و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

14- از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود.

15- هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید براساس فرمت— SOAP( subjective & objective-assessment plan) مستند گردد.

16- اگر مشاوره درخواست میگردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره ،آزمایشگاه ، رادیولوژِ ی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی گردد مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویر برداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد.

17-در پرونده بیمار باید حساسیتها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنشها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **چارچوب زمانی تکمیل** | **چارچوب زمانی ثبت** | **گزارشات** |
| ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس | پذیرش اورژانس و قبل از ترخیص یا انتقال بیمار از اورژانس | پرونده تحت نظر اورژانس |
| ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی | بدو پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی | شرح حال |
| ساعت پس از انجام مشاوره | بلافاصله پس از انجام مشاوره | گزارشهای مشاوره |
| ساعت پس از انجام عمل | بلافاصله بعد از عمل | گزارشهای عمل جراحی |
| ساعت پس از انجام اقدام | بلافاصله بعد از انجام اقدام | گزارش اقدامات خاص |
| از زمان ترخیص تا 14 روز پس از ترخیص | زمان ترخیص | خلاصه پرونده |
| از زمان مرگ تا 7 روز پس از ترخیص | زمان مرگ | گواهی فوت |
| 4 ساعت بعد از انتقال | زمان انتقال | فرم انتقال |