***شرح حال - سیر بیماری - دستورات پزشک***

**کلیات**

***ثبت زمان ، تاریخ ، مهر و امضاء در محل پیش بینی شده در کلیه مستندات و اقدامات پزشکی***

الف- ثبت تاریخ و ساعت انجام کلیه ارزیابی ها ، ارائه خدمات پزشکی ، مشاوره ای و ...

ب- مهر وامضاء توسط فراگیران مربوطه و پزشک معالج الزامی است .

***این موارد شامل***

 شرح حال ، معاینه بالینی ، دستورات پزشکی ، زمان مشاهده و تفسیر نتایج اقدامات پاراکلینیک ، سیر بیماری شروع و پایان اعمال جراحی ، شروع و پایان بیهوشی ، زمان انجام اقدامات تشخیصی درمانی ، زمان درخواست و انجام مشاوره ، اخذ رضایت و ..

***پیوستگی تاریخ مستندات و توالی order نویسی***

 توالی کلیه مستندات ، ثبت مشاهدات ،اقدامات و دستورات به **ترتیب زمانی** وعدم وجود فضای خالی در انتهای مستندات پرونده الزامی است

***ثبت شرح حال و نتایج حاصل از معاینه بالینی به صورت کامل***

 ارزیابی صحیح و کامل بیمار به روش سیستمی و ارگانی ، اخذ شرح حال و معاینه بالینی با اجزاء ذیل و ثبت نتایج حاصل از آن به صورت کامل در پرونده الزامی است.

 معرفی و ارائه اطلاعات دموگرافیک بیمار.

 شکایت اصلی و مهمترین علت مراجعه بیمار (chief complaint)

 تاریخچه بیماری فعلی present illness ( شرح کاملی از زمان پیدایش بیماری بر حسب زمان ، عوارض ، نشانه ها و پیشرفت بیماری از بروز نخستین علامت تاکنون ، نوع صدمات ، محل آسیب ، مکانیسم صدمات ، شدت ، مدت ماهیت درد.)

  سوابق شخصی ، خانوادگی ، اجتماعی ، روانی داروهای در حال مصرف ، انواع سوء مصرف مواد اعم از دارویی و ... حساسیت و ناسازگاری دارویی .

 سوابق بیماری های فامیلی

 نتایج حاصل از معاینات بدنی و بررسی های بالینی ، علائم حیاتی

 تشخیص اولیه

 تشخیص های افتراقی

 مهر و امضاء

 ساعت و تاریخ

***نکته***

ثبت و تکمیل برگه شرح حال در اورژانس در 6 ساعت اول بستری و در بخش در مدت 24 ساعت اول بستری الزامی است.

***ویزیت روزانه بیمار در ساعات متعارف و بر حسب نیاز توسط پزشک معالج و یا پزشک جانشین***

 ویزیت روزانه بیمار در نوبت کاری صبح توسط پزشک معالج در **ساعات تعریف شده توسط دانشکده یا بیمارستان و منطبق بر قوانین بخش** و همچنین ویزیت به موقع در ساعات غیر **اداری بر حسب نیاز** الزامی است.

  بدیهی است ویزیت بیمار در ایام تعطیل و ساعات غیر اداری می بایست منطبق بر روش کار بیمارستان توسط پزشک جانشین صورت پذیرد.

***اقدامات جراحی و بیهوشی***

***ارزیابی بیمار قبل از عمل جراحی توسط متخصص جراحی***

 پزشک جراح موظف است با اخذ شرح حال ،انجام معاینات و کنترل نتایج آزمایشها وسایر اقدمات پاراکلینیک ، بیمار را قبل از عمل جراحی مورد ارزیابی قرار داده و نتایج را در پرونده بیمار ثبت نماید.

 همچنین پزشک جراح موظف است داروهای در حال مصرف بیمار را قبل از عمل جراحی بررسی و تصمیمات لازم در زمینه آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک ، داروهای ضد انعقادی ، رضایت و برائت و .. را اتخاذ نماید.

***ارزیابی بیمار قبل از عمل جراحی و برگه بیهوشی***

ارزیابی و معاینه بیمار قبل از عمل جراحی و تکمیل برگه مشاوره قبل از عمل به صورت کامل

 ثبت تشخیص قبل از عمل ، عمل جراحی پیشنهاد شده ، داروهای در حال مصرف ، علائم حیاتی بیمار و بالاخره ریسک بیهوشی و اظهار نظر صریح در زمینه نوع بیهوشی ضروری است.

 همچنین تکمیل برگه بیهوشی ( پشت برگه گزارش گزارش بیهوشی) و فرم جراحی ایمن ، قبل از القاء بیهوشی

همچنین ارزیابی بیمار قبل ، حین و انتهای بیهوشی و ثبت موارد ذیل در فرم بیهوشی اقدام نماید.

 تشخیص قبل از عمل و جراحی پیشنهاد شده جهت بیمار

 داروهای مصرف شده قبل از بیهوشی

 ریسک بیهوشی

 نوع و تکنیک بیهوشی

 داروهای مورد استفاده جهت القاء و نگهداری بیهوشی

 چارت علائم حیاتی بیمار بیمار در ابتدا حین و انتهای بیهوشی (فشار خون ، نبض ، درجه حرارت و تنفس )

 تخمین میزان خون از دست رفته

 مایعات تجویز شده نوع و مقدار تجویز (سرم ، خون و محصولات خونی و ...)

 هرگونه حوادث غیر معمول یا عوارض بیهوشی

مدت زمان بیهوشی ، با ثبت زمان شروع و خاتمه بیهوشی

وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی

امضاء و مهر متخصص بیهوشی

 مدت زمان بیهوشی ، با ثبت زمان شروع و خاتمه بیهوشی

 وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی

 امضاء و مهر متخصص بیهوشی

***نکته:***

 وضعیت فیزیولوژیک بیمار در طی جراحی و پس از آن می بایست به طور مستمر پایش و در پرونده پزشکی وی ثبت شود.

 کنترل علائم حیاتی و مانتیورینگ قلبی بیمار در طی جراحی و بلافاصله پس از آن می بایست به طور مستمر پایش و در پرونده پزشکی وی ثبت شود.

 ثبت مستندات مربوط به سطح هوشیاری بیمار، در زمان تحویل وی به قسمت ریکاوری الزامی است.

 ارزیابی وضعیت بیمار پس از بیهوشی و ثبت آن در برگه ریکاوری توسط متخصص بیهوشی الزامی است.

 ترخیص بیمار از ریکاوری با استفاده از معیارهای مشخص شده توسط متخصص بیهوشی و ثبت آن در پرونده با ذکر زمان ، مهر و امضاء الزامی است.

***ثبت کامل شرح عمل جراحی بیمار همراه با مهر و امضا رزیدنت ، اتند***

پزشک جراح موظف است نسبت به ثبت فرم شرح عمل به صورت کامل اقدام نماید این اطلاعات شامل موارد ذیل می باشد.

 تشخیص قبل از عمل

 نوع عمل جراحی ، تکنیک جراحی و موضع آناتومیک آن

 اقدامات انجام شده در حین جراحی

 یافته های حین جراحی

 تشخیص پس از عمل

 مشخصات نمونه هایی که حین جراحی شده اند.

 امضاء و مهر جراح ، دستیاران

***نکته:***

 ثبت اطلاعات مربو به ساعت شروع ، خاتمه عمل ، شمارش گازهای طبی و لوازم جراحی توسط منشی و پرستار سیر کولر و اسکراب اتاق عمل الزامی است و در صورت عدم ثبت از امتیاز کارکنان غیر پزشک کسر می گردد.

 ثبت خلاصه پرونده

***برگ خلاصه پرونده***

هدف از تکمیل فرم خلاصه پرونده، استفاده مناسب از اطلاعات قبلی بیمار در هنگام پیگیری او در درمانگاه یا مطب و نیز پذیرش مجدد وی در بیمارستان یا مراکز آموزشی و درمانی می باشد همچنین این فرم به عنوان مدرک مستندی در پاسخ به مراجع و موسسات مجاز ، نظیر شرکتهای بیمه و مراجع قضایی می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

تکمیل این فرم توسط پزشک معالج در زمان ترخیص در دو نسخه و ارائه یک نسخه از آن به بیمار با درج اطلاعات کامل مشتمل بر موارد ذیل ضروری است:

 مشخصات بیمار ( شماره پرونده ، نام و نام خانوادگی ، نام پدر ، تاریخ تولد ، بیمارستان و بخش بستری)

 تاریخ پذیرش

 توضیحاتی در مورد شرح حال ، علت مراجعه ، شکایت اصلی بیمار و نتایج حاصل از ارزیابی و معاینات بیمار در هنگام پذیرش

 تشخیص اولیه ، تشخیص های حین درمان و تشخیص نهایی

 اقدامات درمانی انجام شده ، یافته های حین بستری ، بیماری های همراه، عوارض و اعمال جراحی انجام شده و ..

 نتایج آزمایشات پاراکلینیک

 چکیده ای از سیر بیماری ( در صورت فوت علت مرگ)

 وضعیت بیمار در هنگام ترخیص

 توصیه های پس از ترخیص، مدت استعلاجی و نیاز به استراحت

 مهر و امضاء پزشک معالج

**نکته :**

**** وجود نسخه اصلی از این فرم در پرونده بیمار الزامی است ( کپی این فرم باید به بیمار داده شود )

در صوتیکه بیمار در چند بخش مختلف بستری بوده معمولاً یک خلاصه پرونده کفایت می کند به شرطی که توسط آخرین پزشک معالج و با توجه به اقدامات انجام شده توسط کلیه سرویسها تکمیل گردد.

در صورتیکه بیمار با رضایت شخصی مرخص گردد، لازم است برگه خلاصه پرونده در خصوص اقدامات انجام شده تکمیل و به وی ارائه گردد.

***مشخصات دموگرافیک توسط منشی بخش درج می گردد و در صورت عدم تکمیل امتیاز آن از کارکنان غیر پزشک کسر می شود.***

***ثبت کامل فرم پذیرش ( برگ اول پرونده first sheet) و ترخیص***

این فرم به مشابه پرونده کوچکی است که دارای 2 نوع اطلاعات مشتمل بر اطلاعات هویتی و اطلاعات کلینیکی است . ثبت اطلاعات کلینیکی مشتمل بر موارد ذیل توسط پزشک معالج توسط تیم درمانگر ( پزشک ، دستیار، سرپرستار بخش) ضروری است.

  نتایج آزمایشات و تصویر برداری ها

 تشخیص اولیه

 تشخیص در حین درمان

 تشخیص نهایی

 اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی

 عمل خارجی (آسیب ها و مسمومیتها)

 وضعیت بیمار در هنگام ترخیص

 توصیه های پس از ترخیص

 اطلاعات مربوط به بیماران فوت شده ( تاریخ فوت ، علت اصلی فوت، علت زمینه ای فوت، نتیجه اتوپسی)

 اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی

 علل خارجی ( آسیبها و مسمومیتها)

  وضعیت بیمار در هنگام ترخیص

 توصیه های پس از ترخیص

 اطلاعات مربوط به بیماران فوت شده ( تاریخ فوت ، علت اصلی فوت ، علت زمینه ای فوت ، نتیجه اتوپسی)

***ثبت گزارش سیر بیماری***

***برگ سیر بیماری***

هدف از تکمیل این فرم ، ارزیابی پاسخ بیمار به درمان و مستند سازی آن می باشد پزشک معالج موظف است به صورت روزانه بیمار را از نظر علائم بیماری ، تشدید یا تخفیف آن ، سیر یافته های بالینی، نتایج اقدامات پاراکلینیک، اثر درمان، عوارض بیماری، عوارض درمان و ...مورد ارزیابی قرار دهد این ارزیابی به روش SOAP مشتمل بر چهار بخش به شرح ذیل صورت خواهد پذیرفت.

 Subjective

ارزیابی و ثبت شرایط و شکایت یا رضایت بیمار ( یا همراه وی ) در زمینه بیمار ی، بررسی پیشرفت معالجات و میزان بهبود.

 Objective

معاینه مجدد بیمار ،ارزیابی تغییرات ، جذب و دفع مایعات ، نتایج آزمایشات درخواستی و ثبت آن

  Assessment

ارزیابی وضعیت کلی بیمار براساس یافته ها و اظهار نظر در خصوص سیر بیماری و بیان بیمار

 Plan

ذکر برنامه جامع درمانی با توجه به ارزیابی های انجام شده نیاز یا عدم نیاز به تغییر روند درمان نیاز و یا عدم نیاز به آزمایشات و یا داروهای جدید

**نکته:**

 در اولین یادداشت سیر بیماری وضعیت بیمار در زمان پذیرش و در آخرین یادداشت وضعیت عمومی بیمار در هنگام ترخیص ( فوت – بهبودی – انتقال به سایر مراکز و ...) همراه با نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان ، شامل برنامه های مراقبتی بعد از ترخیص ثبت می گردد.

 هنگام تغییر سرویس بستری و یا تیم درمانی (کارورز- دستیار)تحویل دهنده متنی به نام off service note و تحویل گیرنده on service note در فرم سیر بیماری ثبت می نماید که اصول نگارش آن با شرح حال فرقی ندارد ولی مختصر تر بوده و اطلاعات جدید در سیر بیماری نیز به آن اضافه می شود.

**مهر و امضاء نتایج پاراکلینیک با قید ساعت و تاریخ**

پزشک معالج موظف است نتایج اقدامات پاراکلینیک را در زمات مقرر ***ضمن مشاهده و تفسیر نسبت به مهر و امضاء*** آن همراه با ثبت ساعت و تاریخ مشاهده اقدام نماید .

بدیهی است در ***صورت وجود هر گونه نکته قابل پیگیری و نیاز به دستورات پزشکی درج تفسیر نتایج در یادداشت ویزیت پزشک و فرم سیر بیماری*** الزامی می باشد