



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
مرکز پزشکی آموزشی و درمانی توحید

استانداردسازی پرونده‌های پزشکی

بر اساس استاندارد اعتباربخشی در بیمارستانهای آموزشی

تهیه و تنظیم:

معاونت آموزشی پژوهشی بیمارستان توحید

ویرایش ۱۴۰۳

دستورالعمل کشوری مستندسازی پرونده پزشکی

پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط مؤثر میان ارائه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می‌نماید. پرونده پزشکی به عنوان زیربنای ثبت تمام استانداردهای ارائه خدمت به بیمار در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارائه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش، مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه‌ها نقش دارد.

الف) اصول کلی

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 فرم‌های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم‌های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد. با توجه به یکسان سازی فرم‌های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت و ارائه آن به کلیه دانشگاهها و دانشکده‌ها لازم است در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود از فرم‌های مذکور استفاده شود. لذا هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم‌ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاه‌ها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.

ماده ۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی با آبی ثبت شود. 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 می‌گردد. مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشکی و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیر طبیعی بیمار و در مجموع تأمین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارائه شده از قاعده رنگ خود کار مذکور در ماده ۳ مستثنی می‌باشد.

ماده ۴. کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم‌ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم‌های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه «کاربرد ندارد، با اختصاره (N/A) استفاده شود.

مانده ۵. در اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم‌ها به درستی و به‌طور کامل ثبت گردد. ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ‌ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می‌باشد که محتوای فرم را مستند می‌کند. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ‌ها به عهده منشی بخش است.

ماده ۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد. ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی‌شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولاً در انتهای هر شیفت کاری ثبت می‌گردد، از این تبصره مستثنی است؛ اما اقدامات غیرروتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد. همچنین هر اقدام، آزمایش، معاینه با وقوع هر اتفاق بلافاصله پس از انجام باید ثبت شود. در واقع ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. همچنین لازم است مستندسازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد. در الصاق

EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج می‌شود. ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی، غیرقانونی و غیر اخلاقی است.

ماده ۷. هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تأیید گردد. تأیید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت می‌گیرد. در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) انجام شود. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته‌ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا می‌کند. این کار می‌تواند در فرم جداگانه‌ای از نوع همان فرم انجام شود.

ماده ۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه‌ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت گیومه در ابتدا و انتهای کلام استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

ماده ۹. در صورت استفاده از کلمات لاتین از املا صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خالصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نشود. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی است.

ب) اصول جزئی در ثبت عبارات‌های تشخیصی

ماده ۱. ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیص‌های حین درمان، تشخیص نهایی، وضعیت‌های همراه و عوارض در قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزئیات مورد نیاز صورت گیرد.

- در خصوص عدم ثبت علائم و نشانه‌های بیماری‌ها به عنوان تشخیص، ثبت تشخیص

احتمالی بر ثبت علائم و نشانه‌ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.

- عدم تناقض در ثبت عبارتهای تشخیصی در بخش‌های مختلف پرونده رعایت گردد.

- رعایت اولویت در ثبت تشخیصها و اقدامات به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی

سایر وضعیتها صورت گیرد.

- از اختصارات غیر استاندارد برای ثبت تشخیص‌ها و اقدامات درمانی استفاده نشود.

ماده ۲. عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان جزئیات مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمتهای مختلف می‌باشد، ذکر محل دقیق، سمت موضع (در مورد مواضع دوطرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپیکی) باشد. در موارد استفاده از اصطلاح اپوئیم در شرح اقدام، اقدامات صورت گرفته با ذکر جزئیات مربوط به آنها ثبت گردد.

ماده ۳. در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار بلافاصله فرم دستورات

پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت «تیک» تأیید و برنامه ریزی نماید. پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده، تاریخ و ساعت انجام دستور، نام و امضای خود را مستند نماید. البته پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا شود، نباید مطلبی به آن اضافه گردد.

ماده ۴. دستورات تلفنی بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

- براساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد؛ بنابراین پرستار مسئول هر بیمار، مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می‌باشد.
- لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود: ساعت و تاریخ تماس تلفنی با دستور شفاهی (برحسب قبل و بعد از ظهر)، نام و عنوان پزشکی ارائه دهنده دستور، متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد، نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور، امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی.

ماده ۵. در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشکی مستند نماید. این دستورات از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تأیید می‌گردد؛ مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را گرفته باشد. تأیید دستورات پزشکی مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک یا صرفاً تأیید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه «دستورات پزشکی مشاور

مورد تأیید می‌باشد» قابل انجام است. گزارش تمامی مشاوره‌های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج باید در پرونده بیمار موجود باشد.

ماده ۶. کلیه آزمایشات، تصویربرداری‌ها و خدمات تشخیصی باید به دستور پزشک معالج انجام شده باشد. نتایج یافته‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری با خدمات تشخیصی خاص در پرونده بیمار نگهداری می‌شود. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می‌شود، پرستار باید نتایج را کنترل نموده و یافته‌های غیر طبیعی و بحرانی را مشخص و به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستاری ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

ج) اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستندسازی

ماده ۱. روش تصحیح خطا: هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:

- دور موردی که اشتباه ثبت شده، خط نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود.
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت گردد).
- اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع شود.

- هرگز نباید اشتباه ثبت شده را پاک کرد یا با کشیدن مار کر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح روی آن نوشته را تغییر داد.
 - لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.
- ماده ۲. مستندات از قلم افتاده: مواعی اتفاق می افتد که موردی با تأخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.
- ثبت داده‌ها با تأخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تا زمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشد، فرم جدید شروع نشود؛ مگر آنکه خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شود. در ثبت موارد تاخیری لازم است:
- اولاً ثبتهای جدید تحت عنوان اثبت تأخیر یا مشخص گردد؛
- ثانیاً تاریخ و زمان جاری ثبت شود؛
- ثالثاً رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته شده، مشخص یا به آن ارجاع گردد. از آنجایی که محدوده زمانی خاصی برای ثبت تاخیری تعریف نشده، باید در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تأخیر افتاده، ثبت شود.
- ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: ضمایم و ملحقات، نوع دیگری از ثبتهای تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت با رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعات فراموش شده یا

اشتباه نوشته شده مستند شوند. برای اضافه کردن اطلاعات ابتدا باید تاریخ و زمان جاری مستند گردد؛ سپس عبارت ضمیمه اضافه شده ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن افزوده شده بیان گردد. بدیهی است در اسرع وقت موردی که باید به نوشته‌های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

- ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تاخیری، یادداشت توصیفی است. این گونه یادداشتها برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده‌اند، نوشته می‌شوند. برای ایجاد یادداشت توضیحی، ابتدا تاریخ و زمان جاری مستند می‌شود و سپس عبارت «یادداشت توضیحی» ثبت، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود، اشاره می‌شود. بدیهی است تا حد ممکن، یادداشت‌های توضیحی در حداقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه نوشته شود.

برگه‌های پرونده بیماران

الف) برگ پذیرش

۱. پزشک معالج مکلف است تشخیص‌های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمتهای مربوطه به زبان انگلیسی و به صورت کامل ثبت کند.
۲. در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.
۳. تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماریهای همراه و سایر عوارض می‌باشد.
۴. در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود. باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیکی درگیر به دقت مشخص گردد.
۵. از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص‌ها تا حد امکان خودداری گردد و در صورت استفاده از اختصارات، از اختصارات استاندارد و تصویب شده استفاده شود.
۶. هنگام گزارش موارد HIV به‌ویژه موارد مشکوک آن، باید دقت کرد که صرفاً موارد تأیید شده اعلام شود.
۷. از ثبت علائم و نشانه‌ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.
۸. در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است.

۹. اعمال جراحی به زبان انگلیسی و به صورت کامل توسط پزشک معالج و یا جراح ثبت گردد.
۱۰. عبارت توصیفی عمل جراحی باید شامل اقدام اصلی، موضع آناتومیکی که اقدام بر روی آن انجام می شود و روش انجام اقدام باشد.
۱۱. در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.
۱۲. ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت باید شامل این موارد باشد: مکانیسم حادثه مانند تصادف، مسمومیت، سقوط از ارتفاع، چاقو خوردگی، سوختگی، قصد حادثه نظیر تصادفی، عمدی، نامشخص) نوع شیء (مانند چاقو، اتو، چکش)، مکان وقوع حادثه منزل، خیابان، کارخانه، و نوع فعالیت فرد (در حین بازی، در حین کار، در حال ورزش).
۱۳. در صورت فوت بیمار، ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت، قبل یا بعد از ۲۴ ساعت، الزامی است.
۱۴. برگ پذیرش حتماً توسط استان مهر و امضا شده سپس به تأیید برسد.

ب) برگ خلاصه پرونده

۱. کلیه موارد ثبت شده در این فرم شامل تاریخ ترخیص، شکایت اصلی بیمار، تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی، اعمال جراحی، نتایج آزمایشات، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، و توصیه های پس از ترخیص الزامی است.

۲. چنانچه پزشک معالج بیمار در دسترس نباشد، تکمیل این برگ به عهده پزشک مسئول بخش بوده و یا به صلاح‌دید وی به پزشک دیگری واگذار می‌شود.
۳. در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده، به مدت استعلاجی دخالصه پرونده اشاره گردد.
۴. اگر بیمار به علت تصادفات یا حوادث بستری شود، پزشک معالج باید نظر خود را در مورد مدت درمان و میزان از کارافتادگی بیمار در قسمت وضعیت بیمار هنگام ترخیص ثبت نماید؛ زیرا این اطلاعات از نظر صدور احکام دعاوی در مراجع قضائی حائز اهمیت است.
۵. برگ خلاصه پرونده باید به تأیید رزیدنت مسئول و یا پزشک معالج برسد.

ج) برگ شرح حال

۱. برگ شرح حال باید حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد از پذیرش بیمار تکمیل گردد.
۲. از تکمیل شرح حال به صورت انشایی اکیداً خودداری شود.
۳. مستندات حتی الامکان به زبان انگلیسی گزارش شده و در نوشتار آن از هجا، گرامر و عبارتهای صحیح استفاده شود.
۴. آلرژی‌ها و حساسیتهای دارویی یا غذایی بیمار به‌طور مشخص و واضح یادداشت شود.
۵. تشخیص اولیه یا موقت در انتها و پشت برگ شرح حال ذکر گردد.

۶. اگر برگ شرح حال توسط انترن کامل شده، باید توسط پزشک معالج در وهله اول، و در صورت نبود پزشک معالج، توسط رزیدنت مسئول مهر و امضا گردد تا صحت مطالب آن تأیید شود. در صورتی که پزشک معالج نمی تواند صحت مطالب ذکر شده را تأیید کند، باید نظر خود را در پایین برگ نوشته و سپس مهر و امضا کند.

(د) برگ سیر بیماری

یادداشت‌های برگ سیر بیماری با پیشرفت معالجات شامل سه بخش عمده است:

۱. یادداشت‌های پذیرش بیمار که حاوی (خالصه ای از وضعیت عمومی بیمار و بیماری وی در هنگام پذیرش است.

۲. یادداشت‌های بعدی که حاوی مراحل درمان و وضعیت بهبودی بیمار در طول مدت بستری می‌باشد. این اطلاعات باید هر روز و حتی براساس وضعیت بیمار، در مراحل شدت بیماری، هر چند ساعت یکبار ثبت شوند. همچنین تمام اقدامات انجام گرفته برای بیمار در طول مدت بستری به ترتیب تاریخ ذکر گردد.

۳. یادداشت‌های ترخیص بیمار که در روز آخر بستری بیمار توسط پزشک معالج ثبت می‌گردد و حاوی اطلاعات کاملی از وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه‌های الزامی می‌باشد.

چنانچه سیر بیماری توسط اینترن نوشته شده باشد، باید به تأیید پزشک معالج و یا رزیدنت مسئول برسد. در صورتی که بیمار برای ادامه درمان به بخش دیگری منتقل شود، پزشک مسئول بیمار در بخش اول، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، انتقال وی

به بخش دیگر را ثبت نموده و پزشک مسئول بیمار در بخش جدید، باید برگ سیر بیماری جداگانه‌ای برای بیمار تهیه نموده و به ترتیب تاریخ، روند بهبودی و درمان را ثبت نماید. لازم است از ثبت موارد کلی و مهم برای نشان دادن وضعیت بیمار (نظیر: حال عمومی بیمار خوب است) خودداری شود.

(ه) برگ درخواست مشاوره

مشاوره پزشکی در موارد ذیل توصیه می‌شود:

۱. زمانی که بیمار در ریسک جراحی یا پزشکی خوبی نباشد.
۲. زمانی که پزشک معالج به تشخیص پزشکی واضحی نرسیده باشد.
۳. زمانی که در بکار گرفتن بهترین روش درمانی، شک و تردید وجود داشته باشد.
۴. در شرایط پیچیده و غیر عادی که به سایر تخصص‌ها نیاز باشد.
۵. زمانی که بیمار علائم روانی شدیدی را نشان دهد. و زمانی که از طرف بیمار یا بستگانش، جهت تشخیص دقیق‌تر، مشاوره درخواست می‌شود.
۶. تمامی سزارین‌ها در برگ درخواست مشاوره، ثبت تاریخ و ساعت مشاوره، و نام پزشک درخواست کننده توسط پزشک، ضروری است. نوشتن تشخیص اولیه نیز توسط پزشک معالج الزامی می‌باشد؛ زیرا این تشخیص، حوزه تشخیص نهایی را برای پزشک مشاور مشخص خواهد کرد. تعیین نوع مشاوره (اورژانسی یا غیر اورژانسی) به منظور تعیین وخاوت بیماری و ضرورت انجام مشاوره، حائز اهمیت است و لازم است مهر و امضای پزشکی درخواست کننده مشاوره، پس از نوشتن درخواست مشاوره ثبت شود. پزشک

مشاور پس از معاینه و بررسی بیمار، نظرات، توصیه‌ها و تشخیص بیماری فرد را برای پزشک معالج نوشته و با درج تاریخ انجام مشاوره، مهر و امضا می‌کند. در صورت عدم درج مهر و امضا، هزینه مشاوره به پزشک مشاور، توسط سازمانهای بیمه گر پرداخت نمی‌گردد.

(و) برگ بیهوشی

در صفحه اول فرم بیهوشی تشخیص قبل از عمل، به صورت کامل و به زبان انگلیسی نوشته شود. ثبت عمل جراحی پیشنهاد شده، داروهای قبل از بیهوشی، نوع بیهوشی، داروی مورد استفاده برای بیهوشی، ثبت علائم حیاتی بیمار در مدت بیهوشی، ثبت مقدار مایعات تزریق شده به بیمار، ثبت مدت زمان بیهوشی و مدت زمان عمل، ثبت ریسک بیهوشی، ثبت وضعیت عمومی بیمار در پایان بیهوشی الزامی است.

در صفحه دوم بیهوشی تشخیص بعد از عمل، به صورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد. ثبت وضعیت تنفس و وضعیت قلب بیمار، حساسیت دارویی، عوارض و ناراحتی‌های قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل، الزامی است. چارت ترسیم شده در برگ بیهوشی برای مدت چهار ساعت و پانزده دقیقه می‌باشد. در صورتی که بیهوشی بیش از این زمان به طول انجامد، باید از برگ بیهوشی دیگری استفاده شود و مهر و امضای متخصص بیهوشی درج گردد. مسئولیت بیمار و عوارض ناشی از بیهوشی از لحظه ورود به اتاق عمل تا سه روز پس از بیهوشی برعهده متخصص بیهوشی است و در صورتی که بیمارستان، متخصص بیهوشی نداشته باشد، این مسئولیت به جراح واگذار می‌شود.

ز) برگ گزارش عمل جراحی

۱. برگ گزارش عمل جراحی باید بلافاصله بعد از جراحی تکمیل گردد.
۲. محتوی گزارش عمل شامل شرح دقیق یافته‌ها، اقدامات فنی، موضع آناتومیکی مورد جراحی، مشخصات نمونه برداشته شده، و تخمینی از خون از دست رفته است.
۳. تشخیص قبل و بعد از عمل و همچنین نوع عمل جراحی به صورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.
۴. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل اقدام اصلی انجام شده، قسمتی از بدن که اقدام بر روی آن انجام می‌شود، روش انجام اقدام و ابزار مورد استفاده باشد.
۵. درج مهر و امضای پزشک جراح الزامی است.
۶. ثبت دستورات بعد از عمل، ضروری است.
۷. در صورت قطع عضو، حتماً باید در اتاق عمل، گواهی دفن توسط جراح صادر و همراه با عضو قطع شده، جهت تدفین ارسال گردد.
۸. برگ مراقبت بعد از عمل مهر و امضای پزشک بیهوشی به منزله پذیرفتن تمامی مسئولیت‌های بیمار در اتاق ریکاوری است.

ح) برگ دستورات پزشک

۱. چنانچه دستور پزشک توسط اینترن نوشته شده باشد، باید به تأیید پزشک معالج و یا رزیدنت مسئول برسد.

۲. دستور ترخیص بیمار، آخرین دستور پزشک می‌باشد؛ مگر آنکه والدین بیمار، اجازه ترخیص با میل شخصی را تکمیل کرده باشند
۳. ذکر تاریخ و ساعت برای هر دستور الزامی است.
۴. دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.
۵. پزشک باید در انتهای دستورات، آن‌ها را ببندد.
۶. دستورات پزشکی مشاور باید به تأیید پزشک معالج رسانده شود.
۷. دریافت و گزارش دستورات تلفنی و شفاهی به جز در موارد اورژانسی ممنوع است.

دستور العمل درج دستور تلفنی یا شفاهی

۱. پس از ثبت دقیق تاریخ و ساعت، دستور داده شده را در برگ دستورات پزشک ثبت کنید و زیر گزارش را ببندید.
۲. دستور گرفته شده را یکبار برای دریافت مجدد برای پزشک مربوطه بازخوانی کنید. می‌توانید از همکار خود بخواهید که در زمان گرفتن دستور در کنار شما باشد تا ایشان به‌عنوان شاهد، برگه را امضا کند. بازخوانی دستور شامل این موارد است: نام پزشک، نام کامل دارو، دوز مصرف دارو، نحوه مصرف دارو، نام بیماری که قرار است دارو به وی داده شود.
۳. دستور را امضا کنید. در امضای شما باید این موارد مشخص باشد:
اختصار O.T برای دستورات تلفنی و اختصار O.V برای دستورات شفاهی،
نام پزشک دستوردهنده، نام پرستار دستورگیرنده، سمت پرستار دستورگیرنده، مهر و امضای دستورگیرنده، و مهر و امضای همکار شاهد (در صورت وجود).
۴. به محض حضور پزشک معالج، دستورات تلفنی و شفاهی، باید به تأیید و مهر و امضای وی برسد.

چند نکته مهم در مستندسازی پرونده بیماران

۱. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده کنید. بواسطه انگلیسی نوشتن نباید نقصی در مستندات وجود داشته باشد. البته نوشتن همه اقدامات به انگلیسی باعث می‌شود بسیاری از پرسنل و پزشکان نتوانند از علم شما استفاده کنند؛ و این به ضرر همه است.
۲. اطلاعات سر برگ فرمها (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج را به‌طور کامل و دقیق ثبت و تکمیل کنید. این مساله شامل شرح حال و گزارش روزانه و مشاوره و دستورات هم می‌شود.
۳. کلیه موارد ثبت شده باید با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستندساز تأیید و تصدیق گردد.
۴. در تمامی گزارش‌ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.
۵. از مداد، خودکار سبز و قرمز برای مستندسازی استفاده نکنید.
۶. از حدسیات، گمان‌ها و گفته‌های کلی و مبهم در ثبت اطلاعات پرهیزید.
۷. در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل شوید. مشخص کنید کدام اطلاعات را همراه بیمار داده و چه نسبتی با او دارد.
۸. مستندسازی باید بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث، و بعد از انجام هر اقدامی ثبت شود. در صورت فراموش شدن ثبت یک دستور باید بلافاصله یادداشتی به عنوان یادداشت‌های تاخیری (late entry) به پرونده بیمار اضافه شده و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستندساز تکمیل گردد.

۹. خوانا بودن، مرتب بودن، املائی صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی درست در ثبت اطلاعات ضروری است.

۱۰. حتی اشتباهات مستندسازی هم باید ثبت شود. هرگز اشتباهات را با خط زدن، پاک کردن یا لاک گرفتن اصلاح نکنید. در صورت بروز اشتباه در نوشتن، ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و با خودکار قرمز روی آن نوشته شود: Error؛ سپس تاریخ و ساعت اصلاح را ذکر نمایید.

۱۱. محرمانگی اطلاعات ثبت شده را رعایت کنید. مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده صرفاً باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

۱۲. از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی کنید.

۱۳. هر پرونده باید «گزارش اولیه»، «گزارش روزانه» و «گزارش نهایی» داشته باشد که توسط اکسترن، اینترن، رزیدنت، جداگانه نوشته خواهد شد. به این ترتیب بیماری ها و شرایط پزشکی مهم از دید هر کدام مشخص می شود.

۱۴. گزارش روزانه باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد. گزارش اولیه در صورتی نوشته می شود که دانشجو خودش شرح حال بیمار را ثبت نکرده باشد. فرمت گزارش اولیه کاملاً شبیه به شرح حال می باشد. گزارش نهایی نیز شبیه به شرح حال است؛ با این تفاوت که وضعیت بیمار حین ترخیص و نکات مهم جهت پیگیری بیمار بعد از ترخیص نیز باید نوشته شود.

۱۵. در مشاوره ها باید جواب مشاوره، در آزمایشها باید جواب آنها، در تصویربرداری ها گزارش آنها، و در نوار قلب باید نتایج آن توسط درخواست دهنده، پاراف شود.

۱۶. اگر دانشجویی به نیابت از استاد امضا می‌کند، صراحتاً ذکر کند به اطلاع استاد یا دستیار سال ۳ و ۴ رسید.

۱۷. 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 حساسیت‌ها و واکنش‌ها اطلاعی ندارد، این مطلب باید در پرونده پزشکی قید شود.

۱۸. کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد با ذکر تاریخ و زمان تأیید شود.

چهارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

۱. پرونده‌های تحت نظر طب اورژانس تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس باید مستندسازی شود.
۲. شرح حال تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی باید ثبت شود.
۳. جواب مشاوره تا ۲۴ ساعت پس از درخواست مشاوره باید ثبت شود.
۴. گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل تا ۲۴ ساعت پس از انجام عمل باید مستندسازی شود.
۵. گزارش اقدامات خاص (نوار مغز، نوار قلب، و تست‌های استرس قلبی، و کلیه تصویربرداری‌های پزشکی) تا ۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام مربوطه باید انجام و ضمیمه پرونده گردد.
۶. خلاصه پرونده زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص باید نوشته شود.
۷. گواهی فوت تا ۷ روز پس از ترخیص باید نوشته شود.
۸. اگر گزارشی در چارچوب زمانی ثبت انجام نگردد و بعد از این زمان تکمیل گردد، تحت عنوان late entry (یادداشت‌های تاخیری) در پرونده ثبت می‌گردد.