

مقدمه:

پرونده پزشکی بیمار یکی از مهم‌ترین و جامع‌ترین منابع اطلاعاتی در سازمان‌های مراقبت سلامت، مانند بیمارستان‌ها، به شمار می‌آید. این پرونده به‌عنوان ابزار اصلی ذخیره، بازیابی و تحلیل اطلاعات مراقبتی، زمانی مؤثر خواهد بود که اطلاعات آن از کیفیت لازم برخوردار باشد. عدم تکمیل دقیق اطلاعات در این پرونده‌ها می‌تواند سلامت بیمار را به خطر اندازد و مشکلاتی در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی (مانند ارجاع به پزشکی قانونی یا مسائل مرتبط با بیمه‌های تکمیلی، حوادث شغلی و ازکارافتادگی) ایجاد کند. همچنین، این نقص می‌تواند موجب افزایش کسورات مالی بیمارستان، خطاهای پزشکی و احتمال شکایت بیماران شود.

الزامات مستندسازی:

۱. اطلاعات اصلی فرم‌های بیمار (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، بخش درمانی، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج) باید به‌طور کامل و دقیق ثبت شود.

۲. در تمامی گزارش‌های موجود در پرونده، درج تاریخ و ساعت در مکان مربوطه الزامی است.

۳. اطلاعات در پرونده‌های کاغذی باید با خودکار آبی یا مشکی ثبت شوند.

۴. تمامی مستندات باید خوانا، مرتب و منظم باشند و هیچ فضای خالی بین نوشته‌ها باقی نماند. رعایت اصول نگارشی از جمله املا، نقطه‌گذاری و جمله‌بندی صحیح ضروری است.

۵. گزارش‌های مشاوره، آزمایشگاه و رادیولوژی باید تاریخ و ساعت داشته و توسط درخواست‌دهنده تأیید شوند. در مشاوره‌ها، نوع و هدف مشاوره باید به‌صورت دقیق و در دو بخش جداگانه ثبت گردد.

۶. برگه‌های مشاوره باید توسط رزیدنت سال سوم به بالا با ذکر تاریخ و ساعت مهر و امضا شوند. در مواردی که پزشک K2 است، امضای شخص پزشک الزامی است.



بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی زنان و زایمان
شریعتی بندرعباس

الزامات مستندسازی نظام بیمه ای

۷. اخذ رضایت‌نامه‌های درمانی و آگاهانه از بیمار یا سرپرست قانونی، همراه با مهر و امضای پزشک معالج و رزیدنت ضروری است.

۸. پزشک معالج باید تشخیص‌های حین درمان و نهایی را به‌طور کامل و به زبان انگلیسی ثبت کند.

۹. فرم‌های پذیرش و خلاصه ترخیص باید با امضای مسئول پذیرش و رزیدنت تکمیل شده و پس از تأیید کامل بودن پرونده، به امضای پزشک معالج و سرپرستار بخش برسند.

۱۰. تکمیل دقیق اطلاعات فرم‌های خلاصه پرونده، سیر بیماری، مشاوره‌ها و سایر مستندات الزامی است.

۱۱. فرم‌های آموزشی بیمار باید توسط پزشک با دقت تکمیل شوند.

۱۲. فرم تلفیق دارویی باید توسط پزشکان تکمیل و تأیید گردد.

۱۳. دستورات پزشکی رزیدنت‌ها باید حتماً توسط اتند تأیید شوند.

۱۴. برگه شرح حال و معاینه باید کامل و صحیح تکمیل گردد.

۱۵. درخواست‌های شفاهی یا تلفنی پزشکان برای اقدامات درمانی (مانند سی‌تی‌اسکن یا عکس‌برداری) باید در اولین فرصت پس از حضور پزشک در بخش به‌صورت جداگانه ثبت شوند.

۱۶. دستورات پزشک K۲ در پرونده‌های درمان طبی باید توسط خود پزشک مهر و امضا شوند و در ستون‌های مربوطه ثبت گردند. چنانچه توسط رزیدنت مهر و امضا شوند K دوم کسر می‌گردد. لازم به یادآوریست که مهر و امضای اینترن به هیچ وجه قابل قبول نیست.

۱۷. حساسیت‌ها و عوارض جانبی بیمار به داروها و درمان باید مستمر ثبت شود. در صورت عدم اطلاع بیمار از این موارد، باید در پرونده قید گردد.

۱۸. تمامی دستورات شفاهی یا تلفنی طی ۲۴ ساعت با ذکر تاریخ و زمان توسط پزشک مسئول تأیید شوند.



۱۹. از نوشتن کلمه "RPO" در چند ویزیت متوالی خودداری شود، زیرا موجب کسر ویزیت توسط سازمان‌های بیمه‌گر می‌شود.

این الزامات به‌منظور تضمین دقت و کیفیت مستندسازی و کاهش مشکلات قانونی، مالی و درمانی تدوین شده‌اند.



تهیه کننده:

محمد قویدل با همکاری واحد IT