

تحليل كمى و كىفى

پرونده پزشکی

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

هدف کلی:

آشنایی با تحلیل کمی و کیفی پرونده پزشکی

اهداف ویژه:

✓ اهمیت مستندسازی و کاربرد مستندسازی صحیح

✓ اصول هفده گانه مستندسازی

✓ مشکلات مستندسازی پرونده های پزشکی

✓ تحلیل کمی

✓ تحلیل کیفی

✓ آشنایی با سنجه های مرتبط با تحلیل کمی و کیفی پرونده

✓ آشنایی با ثبت نواقص در برنامه مدارک پزشکی و اخذ گزارشات مربوطه

اگر اطلاعات و یا اقدامات انجام شده ثبت نشوند، از لحاظ قانونی، آن کار انجام نشده است. به عبارت دیگر سندیت انجام اقدامات پزشکی، ثبت کارهای صورت گرفته است.

کل علم لیس فی قرطاس ضاع
هر علمی که نوشته نشود ضایع می گردد.
حضرت علی (ع)

مقدمه

پرونده پزشکی، ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن **مراقبت با کیفیت** برای بیمار است. یک پرونده از نظر مطالعاتی، تحقیقاتی، اطلاعات علمی و آماری دقیقاً وابسته به کیفیت محتویات داخل پرونده است که توسط مستندسازان، ثبت میشود. بنابراین مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه متخصصین امور بهداشتی است. مستندسازی مناسب، تبادل اطلاعات بیمار را برای همه اعضای تیم درمانی تسهیل می سازد که این خود برای تضمین کلیه مراقبت های ارائه شده به بیمار، حیاتی است و هم چنین می تواند برای تحقیق، ارزیابی کیفی و اهداف پزشکی قانونی استفاده گردد.

اهمیت مستندسازی و کاربرد مستندسازی صحیح



- به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
- به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند
- به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخی به درمان بیمار
- به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
- پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
- به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
- به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی
- جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- به عنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
- کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی

اصول ۱۷ گانه مستندسازی



۱. کلیه فرمهای پرونده باید اصل باشد (نسخه کاربندی، ممنوع!)
۲. استفاده از زبان فارسی یا انگلیسی در ثبت کلیه مستندات
۳. تکمیل دقیق و کامل اطلاعات سربرگ فرمهای پرونده بالینی
۴. کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستندساز، تایید و تصدیق شود.
۵. درج تاریخ و ساعت در تمامی گزارشات، الزامی است .
۶. استفاده از خودکار آبی یا مشکی (استفاده از خودکار سبزی یا مداد ممنوع!)
۷. کلیه ثبیتات پرونده باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشد.

۸. مستندسازی بهنگام انجام شود .

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

۱۰. کلیه مستندات بایستی واضح (خوانا)، مداوم و پیوسته باشد .

۱۱. جهت تصحیح اشتباهات مستندسازی، هرگز از لاک غلط گیر، استفاده نشود. ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس **با خودکار قرمز** روی آن **ERROR** نوشته شود و تاریخ و ساعت اصلاح، ذکر گردد.

۱۲. محرمانه بودن اطلاعات پرونده، رعایت گردد.

۱۳. از اختصارات استاندارد استفاده شود.

۱۴. هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماریها و شرایط پزشکی مهم وی، مشخص گردد و فرم سیر بیماری براساس فرمت سوآپ، مستند گردد.

۱۵. گزارش مشاوره باید با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد.

۱۶. در پرونده بیمار، حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها یا درمان به طور مستمر ثبت گردد.

۱۷. کلیه دستورات شفاهی و تلفنی برای درمان، باید توسط پزشک مسئول، طی **۲۴ ساعت بعد از دستور**، با ذکر تاریخ و ساعت، تایید شوند.

غلط

×

صحیح

✓

بیمار شب گذشته تب و لرز داشته است

"شب گذشته تب و لرز داشته است"

سه عدد قرص

سه عدد قرص هر ۸ ساعت و بعد از غذا

بیمار تب دارد

حرارت بدن بیمار ۳۹,۵ درجه می باشد.

عملکرد صحیح	عملکرد غلط
کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشتباه و ثبت کلمه "Mistaken Entry" در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی و امضا.	پاک نمودن مطالب اشتباه با استفاده از لاکه خلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت.
ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت آنها، ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.	ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها، حمله برای کامل نمودن گزارشات، و ثبت حدس و گمان در پرونده.
ثبت گزارش بصورت خط به خط، و در صورت باقی ماندن فضای خالی بین نوشته ها، کشیدن یک خط افقی در آن، و ثبت نام و نام خانوادگی و امضا در آن محل.	ثبت مطالب به صورت پراکنده در گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب.
در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "برای روشن شدن دستور با پزشک تماس گرفته شد".	ثبت عبارت "پزشک اشتباه نموده است".
ثبت خدمات ارائه شده به بیمار صرفاً توسط ارائه دهنده خدمت، در پرونده بیمار. (میچگاه ثبت های دیگران را همده دار نگرید به جز مواردی که ارائه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع می دهد در این شرایط متبع اطلاع گزارش و نحوه گزارش "تلفنی" را ثبت نمایید)	ثبت خدمات ارائه شده به بیمار توسط فردی غیر از ارائه دهنده خدمت، در پرونده بیمار.
ثبت وضعیت بیمار به طور کامل با جزئیات در گزارش.	استفاده از عبارات عمومی نظیر «وضعیت بیمار تغییری نکرده» یا «بیمار روز خوبی داشته است» در ثبت گزارش.
ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج در طول شیفت، و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی، و مهر و امضای مستند ساز.	ثبت کل مطالب گزارش در پرونده در پایان شیفت و با حمله.

بطور کلی مستندات باید دارای سه ویژگی باشند

❖ کامل بودن از لحاظ کمی

❖ دقیق بودن به معنای فاقد اشتباه بودن

❖ باکفایت بودن یعنی روشن و گویا بودن و بر وجود پیوستگی منطقی میان داده ها ، دلالت داشتن

عوامل موثر بر کیفیت مستندسازی پرونده ها



* آگاهی و نگرش

آگاهی مستندسازان نسبت به اهمیت ثبت اطلاعات آگاهی پزشکان ازواژه ها،اطلاعات علمی و استانداردها آموزش نحوه تکمیل اوراق پرونده به مستندسازان

* رویه ها و استانداردها

وجود فرصت کافی برای تکمیل اطلاعات پرونده بیمار توسط کادر درمان استفاده از سیستمهای رایانه ای نوع مندرجات و اطلاعات درخواست شده در فرمهای مدارک پزشکی

* پیگیری و نظارت

عملکردهای نظارتی از سوی بیمارستان بر تکمیل اطلاعات پرونده بررسی کامل بودن اطلاعات در ایستگاه پرستاری و همزمان با حضور بیمار در بخش بستری دخیل بودن کیفیت ثبت مستندسازان در ارزیابی عملکرد آنها

مستندسازان پرونده بالینی



گروه مستندسازان پرونده پزشکی شامل :

الف-مسئولین پذیرش بیمار(ثبت اطلاعات دموگرافیکی)

ب-پزشکان(ثبت مشاهدات ودستورات)

پ-پرستاران وماماها (ثبت اقدامات بالینی ومراقبتهای پرستاری)

ت-سایر گروههای مرتبط(رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و...)

مشکلات مستندسازی پرونده پزشکی



۱- ثبت ناقص اطلاعات

با وجود اهمیت زیاد مستندات پرونده های پزشکی، به کرات مشاهده می شود فرمهای مهم پرونده مانند شرح حال، سیر بیماری و ... به صورت ناقص تکمیل شده اند. ثبت ناقص اطلاعات، ضمن **تهدید سلامت بیمار**، مشکلات متعددی را برای بیمار در **پیگیری درمان**، **مسائل قانونی و حقوقی** (ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و ...) ایجاد می کند. همچنین ثبت ناقص پرونده های بالینی، مشکلاتی را برای بیمارستانها مثل **افزایش کسورات بیمارستانی**، **خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان** (زیرا از نظر قانونی چیزی که در پرونده ثبت نشده باشد، یعنی انجام نشده است) ایجاد می کند. بعلاوه این پرونده ها برای **تحقیقات پزشکی و آموزش** نیز، مناسب نمی باشند.

۲- ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات

متأسفانه هنوز در کشور، ساختار اصلی پرونده های پزشکی را فرم های کاغذی تشکیل می دهند. ناخوانایی مستندات (بدخطی، استفاده از جوهر نامناسب، ریز بودن مستندات و ...) یکی از مشکلات عمده است. بررسی های مختلف در دنیا نشان داده که یکی از دلایل خطاهای پزشکی بخصوص خطاهای دارویی بخاطر ناخوانایی مستندات پرونده است زیرا مستندات ناخوانا باعث برداشت غلط از اطلاعات می شود. همچنین در خصوص پیگیری درمان، ناخوانایی مستندات، می تواند برای بیمار، مشکل ساز شود .

۳- استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی

مشکل سوم در خصوص استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی بخصوص در مورد تشخیص هاست که بایستی به حداقل برسد و در صورت استفاده از آن، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده نمود که همه کادر درمانی، درک مشترکی از آنها داشته باشند اما در موارد زیادی، مشاهده شده که از اختصارات غیرمصوب استفاده می کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از آن میگردد.

سایر مشکلات مستندسازی

۴- استفاده از اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی

۵- مستندسازی جابجا برای ثبت اطلاعات مانند ثبت جا به جا اطلاعات در کادر مربوطه در فرم های پرونده

۶- استفاده از ممداد یا کاربن برای ثبت اطلاعات

چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی



چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

گزارشات	چارچوب زمانی ثبت	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	پذیرش اورژانس و قبل از ترخیص یا انتقال بیمار از اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	بدو پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی
گزارش‌های مشاوره	بلافاصله پس از انجام مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	بلافاصله بعد از عمل	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص *	بلافاصله بعد از انجام اقدام	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	زمان ترخیص	از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص
گواهی فوت	زمان مرگ	از زمان مرگ تا ۷ روز پس از ترخیص
فرم انتقال	زمان انتقال	۲۴ ساعت بعد از انتقال

با توجه به آنچه گذشت:

به نظر شما، مستندسازی در بیمارستان شما چگونه است؟

بخشی که در آن مشغول بکار هستید، از لحاظ نواقص مستندسازی، در چه وضعیتی است؟

آیا برای مستندسازی صحیح یک پرونده پزشکی، نیاز به همکاری تیم مستندسازان ندارید؟



انواع تحلیل پرونده



انواع تحلیل پرونده

➤ **تحلیل کمی** مانند کامل بودن تعداد اوراق پرونده، تکمیل سربرگ ها، مهر و امضاء و ساعت و ..

➤ **تحلیل کیفی** مانند خوانایی، عدم تناقض در ثبت تشخیص ها و ...

➤ **تحلیل آماری** مانند استفاده از داده های پزشکی جهت تصمیم گیری های مدیریتی و بالینی

تحليل كمي پرونده



- ❖ فرآیند تحلیل کمی در بیمارستان شما چگونه است؟
- ❖ بنظر شما آیا تحلیل کمی در همه بیمارستان ها یکسان است؟
- ❖ آیا چک لیست ممیزی اوراق پرونده بیمار در مراکز مختلف، متفاوت است؟



مراحل تحلیل کمی پرونده

۱. رفع نقص پرونده توسط کارشناس HIM قبل از ترخیص بیمار

۲. رفع نقص پرونده توسط کارشناس مستقر در بخش فناوری اطلاعات سلامت قبل از ترخیص بیمار

۳. رفع نقص پرونده توسط کارشناس تحلیل پرونده ۲۴ ساعت پس از ترخیص بیمار

۴. رفع نقص پرونده توسط متصدی تنظیم پرونده قبل از ارسال پرونده به بایگانی

تبصره: ممکن است تمام موارد بالا، در همه بیمارستان ها اجرا نشود.

نکات لازم در هنگام بررسی و تحلیل کمی پرونده

- *تحلیل کمی پرونده **دقیقا** منطبق با چک لیست ممیزی پرونده انجام شود و آیتم به آیتم، مورد بررسی قرار گیرد.
- *رضایت های اخذ معالجه، رضایت آگاهانه، استفاده از اطلاعات پزشکی و در صورت لزوم رضایت ترخیص با میل شخصی، جزء موارد مورد بررسی، لحاظ گردد.
- *درج مهر و امضاء متصدی پذیرش بعنوان مسئول پذیرش و بعنوان شاهد یک در رضایت ها که در خصوص رضایت شخصی، شاهد یک، پرستار بیمار می باشد، در بازبینی کمی، در نظر گرفته شود.
- *خلاصه پرونده حتما تایپی باشد. تشخیص اولیه، تشخیص نهائی و وضعیت بیمار هنگام ترخیص بصورت کلمه ای (نه انشائی) و بصورت صحیح، درج شده باشد.

نکات لازم در هنگام بررسی و تحلیل کمی پرونده

*تمام مستندسازی هائی که توسط پزشک انجام شده است، دارای **مهر، امضاء، تاریخ بصورت کامل و با درج سال و همچنین ساعت** باشد.

*تمام مستندسازی هائی که توسط پرستار انجام شده است، دارای مهر، امضاء، تاریخ بصورت کامل و با درج سال و همچنین ساعت باشد.

*در هنگام بررسی کنترل کمی پرونده و در برگ سیر بیماری، به ازای هر روز بستری، یک سیر از وضعیت پیشرفت و یا بهبودی بیمار، نوشته شود. آخرین سیر بایستی وضعیت بیمار هنگام ترخیص را به روشنی، نوشته باشد.

نکات لازم در هنگام بررسی و تحلیل کمی پرونده

* کلیه سربرگ ها بصورت تایپ شده باشد.

* آخرین دستور پزشک و آخرین گزارش پرستار بایستی حاکی از وضعیت بیمار هنگام ترخیص باشد.

* فرم آموزش به بیمار علاوه بر مهر و امضاء پرستار، دارای امضاء یا اثرانگشت بیمار مبنی بر دریافت آموزش های لازم باشد.

* چک لیست ممیزی پرونده، ممهور به مهر منشی بخش و یا کارشناس HIM شود تا مشخص گردد که توسط ایشان، پرونده تکمیل و به واحد ترخیص و یا کدگذاری، تحویل شده است.

نحوه گزارش گیری جهت رفع نقص پرونده ها پس از ترخیص



گزارش اول

مدیریت اطلاعات سلامت

مدارک جاری مدیریت اطلاعات پایه گزارشات گزارشات مدیریتی

نواقص پرونده

گزارش کد گذاری پرونده

گزارش بیماران فوت شده

گزارش بیماران بایگانی شده

گزارش پروندههای ارسال شده به واحد جاری

گزارش بیماران ثبت فوت شده در مدارک پزشکی

گزارشات مکانبات ثبت شده

گزارش پرونده های ارسالی به بخش های انتخابی

گزارش بیماران ثبت خودکشی شده

گزارش ثبت مستحقی

گزارش خلاصه پرونده

گزارشات پروندههای ارسالی به حسابداری و عدم کد تشخیص

گزارش پروندههای کد خورده جهت ارسال به حسابداری مرحله ۸

مراجعات حضوری

گزارش کد گذاری بر اساس نمایش تعداد کد

نام جدول مورد نظر گزارشات کد گذاری

عملیود

فیلد

ایراتور

مقدار

افزودن

ویرایش کننده کاربر ایجاد کننده

بیمه ملیت بیمه

بیمه ملیت بیمه

بیمه ملیت بیمه

گزارش کد گذاری پرونده

گزارش کد گذاری بر اساس نمایش تعداد کد | گزارش کد گذاری بر اساس نمایش تعداد پرونده | بدون کد گذاری

تاریخ	شرح	Description	گزارشات کد گذاری	تاریخ بروز
1401/10/18	تاریخ ترخیص	مساوی '1401/10/18'	...	1401/10/18

جستجو

افزودن

فیلتر کردن بر اساس تاریخ

ردیف	آدرس	تلفن	کد ملی	زیر رده بیمه	نوع بیمه	شماره	شماره	تاریخ پذیرش	تاریخ ترخیص	تاریخ ترخیص	شماره محل زندگی	شماره محل تولد	نام
1	خراسان ...	09105777662	9999999999	97	انواع خارجی	AF	10	آزاد	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	نامشخص
خراسان رضوی، 25 کیلومتری جنبه چناران جامعه شهر حمام روستای پارس 88													
2	خراسان ...	09923128028	9999999999	110	گردشگری سلا...	AF	85	گردشگری ...	1401/10/15	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	اطفال_1
خراسان رضوی، مشهد، پلوار نوین، 27 ب 218													
3	مشهد گل...	09297052429	9999999999	97	انواع خارجی	AF	10	آزاد	1401/10/17	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	اطفال_1
مشهد گلشهر، جوار، 12-25													
4	بیرجند...	09021612222	9999999999	97	انواع خارجی	AF	10	آزاد	1401/10/17	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	اطفال_1
بیرجند، شهر، شهر، 15-حت 14													
5	خراسان ...	09227016199	9999999999	97	انواع خارجی	AF	10	آزاد	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	نامشخص
خراسان رضوی، مشهد، ج 28، موعود، 27 ب 202													
6	خراسان ...	089898982	089898982	110	خاص همگانی	IR	11	بیمه سلامت	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	فائق-خراسان جنوبی
خراسان رضوی، خیابان نظام، بقار 8													
7	خراسان ...	09162222060	09222222060	16	عادی	IR	12	تأمین اجتماعی...	1401/09/20	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	همانولوزی_1
خراسان رضوی، 5 ن 28 شهید فرزادی، 16 شاهپور 2 بین ب 22-24													
8	خراسان ...	09227661019	022-289896	102	روستایی ارجا...	IR	11	بیمه سلامت	1401/10/02	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	بیرجند-خراسان ج...
خراسان جنوبی، روستا، پلوار شهد، 20													
9	خراسان ...	09100022282	0982202709	100	سلامت همگانی	IR	11	بیمه سلامت	1401/10/05	1401/10/18	1401/10/18	1401/10/18	همانولوزی_1

فیلتر کردن بر اساس تاریخ

گزارش دوم

مدیریت اطلاعات پایه | گزارشات | گزارشات مدیریت

نقشهات | مدیریت اطلاعات سلامت

تولید پرونده | ارسال پرونده | پرونده های آرشیوی | پرونده های آرشیوی | گزارشات

گزارشات پرونده

- گزارش کد گذارگ پرونده
- گزارش بهارن فون شده
- گزارش بهارن با رنگی شده
- گزارش پرونده های ارسال شده به واحد خارج
- گزارش بهارن اینت فون شده در مدارگ پزشکی
- گزارشات مکانیات اینت شده
- گزارش پرونده های ارسال به بخش های انحصاری
- گزارش بهارن اینت خودکنشی شده
- گزارش تست متعلق
- گزارش خلاصه پرونده
- گزارشات پرونده های ارسال به حسابدارگ و همگ کند انحصاری
- گزارش پرونده های کند خورده جهت ارسال به حسابدارگ مرحله A
- مراجعات حضورگ

پرونده های آرشیوی از بخش جاری | همه موارد

شماره پرونده | نام | نام خانوادگ | نام پدر

شماره پرونده | شرحه | نام | نام خانوادگی | کد ملی | نام پدر | کد گذار | شماره رهگیری | نقش | تاریخ کد گذارگ | تاریخ ارجحی | تاریخ پذیرش | ارسال کننده | دریافت کننده

تاریخ: 1401/10/19 | کاربر: نظامی | تعداد: 1

گزارشات پرونده‌های ارسالی به حسابداری و عدم کد تشخیص

نام جدول مورد نظر: گزارشات

حذف: شرط: Description:

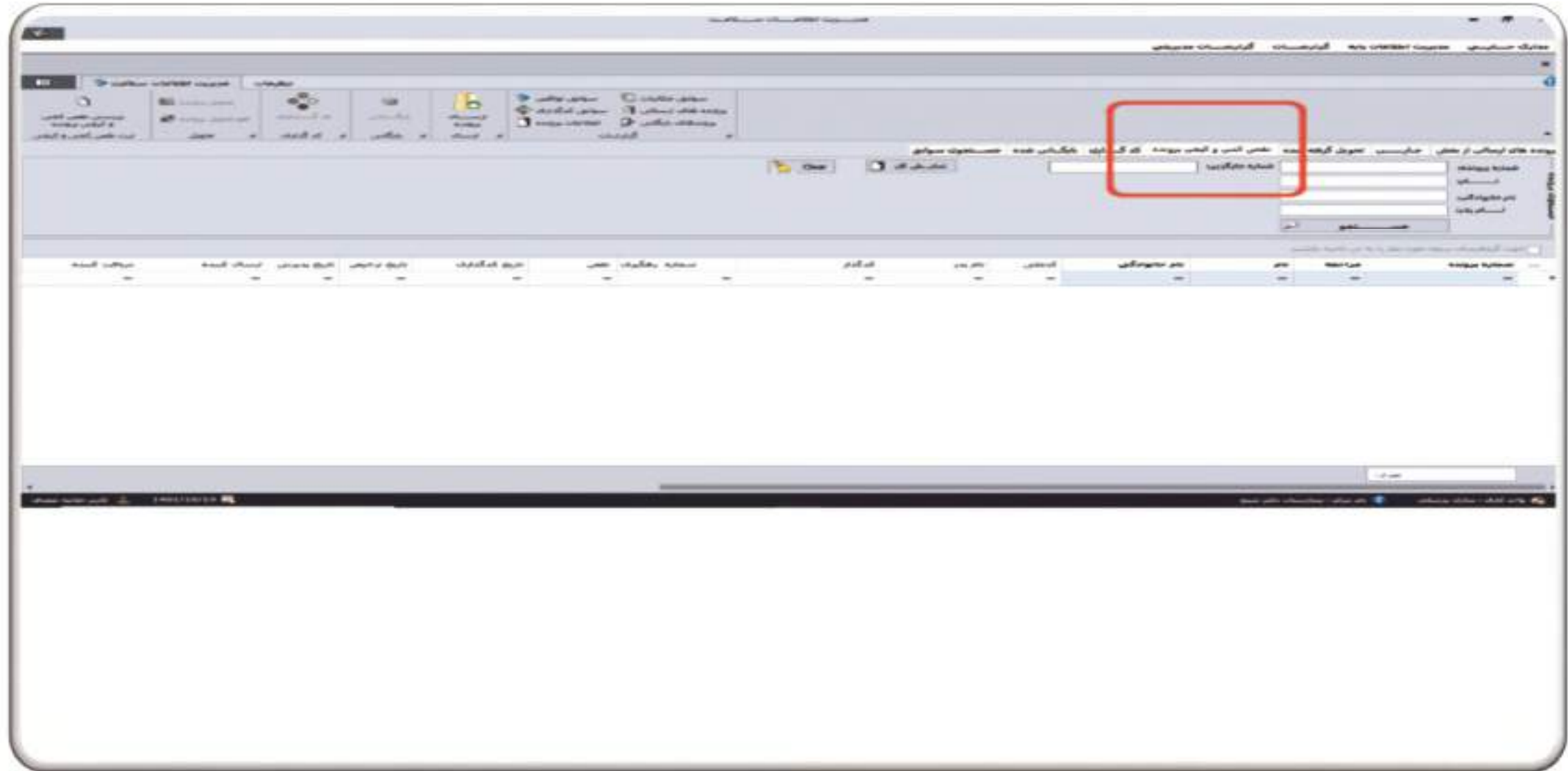
فیلترها:

- محلوسا:
- فیلدا: تاریخ ترخیص:
- ایرانوا: مساوی:
- مقدار: 1401/10/18

افزودن حذف

تاریخ پذیرش	بخش پذیرش	تاریخ تولد	تاریخ ترخیص	نام	نام پدر	شماره پرونده	نوع بستری (عادی - کلینیک ویژه)	تعداد دفعه مراجعه
1401/10/13	بیمارستان دکتر شیخ - اورژا	1399/01/01	1401/10/18	محمدعرفان	محمد سلیم	S09C01H03-15-70-94	R	-
1401/10/15	بیمارستان دکتر شیخ - هما	1389/05/11	1401/10/18	میلاد	فریض محمد	S09C01H03-16-09-10	R	
1401/10/16	بیمارستان دکتر شیخ - اورژا	1401/07/22	1401/10/18	محمدمهرسام	جواد	S09C01H03-16-03-37	R	
1401/10/18	-	1395/11/05	1401/10/18	محمد مهدی	امیرحسین	T-S09C01H03-05-94-49	R	
1401/10/18	بیمارستان دکتر شیخ - انکو	1396/08/30	1401/10/18	رضا	هانم	S09C01H03-13-13-34	R	
1401/10/18	بیمارستان دکتر شیخ - اورژا	1401/03/03	1401/10/18	مهديار	سعید	S09C01H03-16-09-78	R	

نحوه ثبت نواقص کمی در برنامه مدیریت اطلاعات سلامت



نحوه ثبت نواقص در برنامه مدارک پزشکی

➤ ثبت نواقص قبل از ترخیص:

در برنامه مدارک پزشکی و از کارتابل پرونده های ارسالی از بخش، ابتدا نام بیمار مورد نظر انتخاب می شود. سپس گزینه ارسال به مدارک پزشکی و ثبت نقص زده می شود. بعد از این مرحله، وارد کارتابل جاری شده و نام بیمار را جستجو می کنیم. انتخاب نام بیمار و تحویل گرفتن پرونده با انتخاب گزینه تحویل پرونده از نوار بالا، انجام می شود. نام بیمار به کارتابل کدگذاری منتقل می شود که با جستجوی نام بیمار در کارتابل کدگذاری، می توان نقص پرونده را ثبت کرد به این شکل که نام بیمار را انتخاب کرده و از نوار بالا، گزینه نواقص پرونده را کلیک می کنیم. پس از ثبت نقص پرونده، از نوار بالا، گزینه ارسال پرونده را انتخاب و پرونده را به حسابداری ارسال می کنیم (لازم به ذکر است که چنانچه پرونده کدگذاری نشده بود، بعد از ثبت نقص پرونده، گزینه کدگذاری را انتخاب و کد پرونده ها را ثبت می کنیم و در نهایت به حسابداری ارسال می کنیم).

نحوه ثبت نواقص در برنامه مدارک پزشکی

➤ ثبت نواقص بعد از ترخیص:

جستجوی نام بیمار در کارتابل جستجوی سوابق با استفاده از شماره پرونده- انتخاب نام بیمار و دفعه مراجعه مربوطه و انتخاب گزینه برگشت پرونده از نوار بالا- ارسال پرونده- جستجوی شماره پرونده در کارتابل جاری- انتخاب گزینه تحویل پرونده از نوار بالا- جستجوی شماره پرونده در کارتابل کدگذاری- انتخاب نام بیمار و کلیک روی گزینه نواقص پرونده از منوی بالا- پس از ثبت نواقص، گزینه ارسال پرونده به حسابداری را زده و پرونده را مجدداً به حسابداری برگشت دهید.

نظرات

مدیریت اطلاعات

مدیریت حسابی

مدیریت اطلاعات پایه

گزارشات

گزارشات مدیریتی

گزارشات پایه

گزارشات مدیریتی

گزارشات پایه

گزارشات مدیریتی

گزارشات پایه

گزارشات مدیریتی

گزارشات پایه

شماره پرونده: 15-11-77

شماره پرونده	مرحله	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	کد گذار	شماره رهگیری	نوع	تاریخ گذارگزار	تاریخ ترخیص	تاریخ بازنویس	ارسال کننده	دریافت کننده
SHRCH03-15-11-77	17	محمد	محمدی	9999999...	قادر	احمدی	محمدی	-	1401/10/10	1401/10/09	1401/10/...	MURSAHsharyani	مدیرکل پزشکی-تامین

اطلاعات پرونده



شماره پرونده: 52900 2403-15-11-77
 نام خانوادگی: ...
 نام: ...
 آدرس: ...

لیست سوابق پزشکی گشای و گشای پرونده

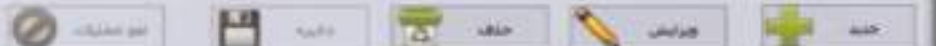
نوع گشای	نوع برگه	چگونگی گشای	واحد رفع گشای	مشخصات گشای	بزرگ شامل گشای	تاریخ بستری	تاریخ نوبت	تخصصیت
گشای	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	نقص دارد	هدارک پزشکی	فرمان جتوایی	هورای انقلاب نشسته است	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲
گشای	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	نقص دارد	هدارک پزشکی	فرمان جتوایی	هورای انقلاب نشسته است	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲
گشای	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	نقص دارد	هدارک پزشکی	فرمان جتوایی	هورای انقلاب نشسته است	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲
گشای	عدم ثبت مهر و امضاء جراح	رضایت آگه شده جهت اقدامات ...	نقص دارد	فرمان جتوایی	هورای انقلاب نشسته است	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲	۱۳۸۵/۱/۰۲

فیلتر های اطلاعاتی

نوع: گشای گشای
 نام برگه: ...
 نوع گشای: ...
 واحد شامل گشای: ...
 مشخصات گشای: ...
 تاریخ و کارگزاران گشای: ...
 بزرگ شامل گشای: ...

واحد رفع گشای: ...
 چگونگی گشای: ...
 تاریخ گشای: ...
 تاریخ بستری: ...

شرح:



واحد عامل نقص

نوع	تاریخ	مکان	شرح	وضعیت	تاریخ	مکان	شرح	وضعیت
نقص	1397/07/01	مکان 1	شرح 1	وضعیت 1	1397/07/01	مکان 1	شرح 1	وضعیت 1
نقص	1397/07/02	مکان 2	شرح 2	وضعیت 2	1397/07/02	مکان 2	شرح 2	وضعیت 2
نقص	1397/07/03	مکان 3	شرح 3	وضعیت 3	1397/07/03	مکان 3	شرح 3	وضعیت 3
نقص	1397/07/04	مکان 4	شرح 4	وضعیت 4	1397/07/04	مکان 4	شرح 4	وضعیت 4

نوع نقص

نوع	تاریخ	مکان	شرح	وضعیت	تاریخ	مکان	شرح	وضعیت
نقص	1397/07/01	مکان 1	شرح 1	وضعیت 1	1397/07/01	مکان 1	شرح 1	وضعیت 1
نقص	1397/07/02	مکان 2	شرح 2	وضعیت 2	1397/07/02	مکان 2	شرح 2	وضعیت 2
نقص	1397/07/03	مکان 3	شرح 3	وضعیت 3	1397/07/03	مکان 3	شرح 3	وضعیت 3
نقص	1397/07/04	مکان 4	شرح 4	وضعیت 4	1397/07/04	مکان 4	شرح 4	وضعیت 4

منشی، کارکنان و پزشک عامل نقص

ثبت پرسش‌های گشایی و گشایی پرونده پزشکی

شماره پرونده: 509239103-03-11-77
 نام خانوادگی: نام خانوادگی
 تاریخ تولد: تاریخ تولد

تکمیل سوابق نقص گشایی و گشایی پرونده

نقص	شرح نقص	نوع برگه	دکتر گشایی	واحد رفع نقص	منشی منسق	پزشک عامل نقص	تاریخ مسترد	تاریخ تولد	جنسیت
گشایی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	بازرسی و تکمیل برگه‌ها	نقص دارد	هدایت پزشکی	فرحان جتوایی	هوردیا انکاب نشده است	۱۴۰۳/۱۱/۰۲	۱۳۹۹/۰۹/۰۲	M
گشایی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	بازرسی و تکمیل برگه‌ها	نقص دارد	هدایت پزشکی	فرحان جتوایی	هوردیا انکاب نشده است	۱۴۰۳/۱۱/۰۲	۱۳۹۹/۰۹/۰۲	M
گشایی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	بازرسی و تکمیل برگه‌ها	نقص دارد	هدایت پزشکی	فرحان جتوایی	هوردیا انکاب نشده است	۱۴۰۳/۱۱/۰۲	۱۳۹۹/۰۹/۰۲	M
گشایی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	بازرسی و تکمیل برگه‌ها	نقص دارد	هدایت پزشکی	فرحان جتوایی	هوردیا انکاب نشده است	۱۴۰۳/۱۱/۰۲	۱۳۹۹/۰۹/۰۲	M

فیلتر

تاریخ نقص: ۱۴۰۳/۱۱/۰۲
 تاریخ تولد: ۱۳۹۹/۰۹/۰۲

تاریخ تولد: ۱۳۹۹/۰۹/۰۲

نام خانوادگی: فرحان جتوایی

پزشک عامل نقص: فرحان جتوایی

منشی و کارکنان منسق: فرحان جتوایی

پزشک عامل نقص: فرحان جتوایی

اطلاعات پرونده

اصلاح تعارضی نقش ها

شماره پرونده: 509C01H03-15-11-77
 تعداد صفحات مراجعه: 17
 نام خانوادگی: ...
 تاریخ: ...

لیست سوابق نقش گمنی و گنهی پرونده

نقش	نوع نقش	نوع برگه	چگونگی نقش	واحد رفو نقش	مدارک پزشکی	مشقی نقش	بزرگ حاصل نقش	تاریخ بستری	تاریخ تولد	جنسیت
گمنی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	بازرسی و تکلیف پزشکی	نقش دارد	مدارک پزشکی	فرمان جلویی	موردی انتخاب نشده است	بزرگ حاصل نقش	۱۳۰۱/۱۰/۰۳ ۱۹۵۶-۰۹	۱۳۹۲/۰۹/۰۲	مذکر ۱M
گمنی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	مسیر بیمارستانی	نقش دارد	مدارک پزشکی	فرمان جلویی	موردی انتخاب نشده است	بزرگ حاصل نقش	۱۳۰۱/۱۰/۰۳ ۱۹۵۶-۰۹	۱۳۹۲/۰۹/۰۲	مذکر ۱M
گمنی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	شرح حال و معاینه بدنی	نقش دارد	مدارک پزشکی	فرمان جلویی	موردی انتخاب نشده است	بزرگ حاصل نقش	۱۳۰۱/۱۰/۰۳ ۱۹۵۶-۰۹	۱۳۹۲/۰۹/۰۲	مذکر ۱M
گمنی	عدم ثبت مهر و امضاء جراح	رضایت آگاهانه جهت اقدامات ...	نقش دارد	مدارک پزشکی	فرمان جلویی	موردی انتخاب نشده است	بزرگ حاصل نقش	۱۳۰۱/۱۰/۰۳ ۱۹۵۶-۰۹	۱۳۹۲/۰۹/۰۲	مذکر ۱M

آیا مایل به اصلاح تعارضی نقش ها می باشید ؟

بله / خیر

تاریخ نقش: ۱۳۰۱/۱۰/۱۰
 تاریخ رفو: ۱۳۰۱/۱۰/۱۰

واحد رفو نقش: مدارک پزشکی
 چگونگی نقش: ناشخصی
 شرح:

نقش: گمنی / گنهی
 نام برگه: گزارش پرستاری
 نوع نقش: موردی را انتخاب کنید
 واحد حاصل نقش: ناشخصی
 مشقی و کارکنان بخش: فرمان جلویی
 بزرگ حاصل نقش:

اصول عملیات / ذخیره / حذف / تایید / خروج

پیشنهاد جهت بایگانی پرونده هایی که دارای نقص کمی هستند

پرونده هایی که به هر دلیل، با نقص کمی به بایگانی ارسال می شوند، علاوه بر ثبت نواقص در برنامه مدیریت اطلاعات سلامت(مدارک پزشکی)، در پوشه زرد بایگانی شوند.

جمهوری اسلامی ایران
جوانشانی
دانشگاه پزشکی
مدارک پزشکی

لطفاً به نکات ذیل توجه فرمایید:

- 1- مدارک منتهی این پرونده نباید از بیمارستان خارج گردد.
- 2- پرونده بیمار را پس از رفع بار فوری به بافتن مدارک پزشکی برگردانید.
- 3- مدارک پزشکی حسیه باید قابل دسترس و استفاده باشد. مدار این پرونده را هرگز بر کفایت مرتب نگه دارید.
- 4- ارسال پرونده بیمار از قسمت به قسمت دیگر باید با اطلاع مدارک پزشکی باشد.
- 5- اطلاعات داخل پرونده مربوط به شخص بیمار بوده و حسیه محرمانه دارد و فقط با نظر پزشک مستاد می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

تاریخ:

محل:

ردیف	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
تعداد										

تحليل كیفی پرونده



هدف از بررسی کیفی پرونده

ارتقای مستندات بالینی از لحاظ کیفیت ثبت محتوا



مراحل تحلیل کیفی پرونده

- طرح در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت
- ابلاغ اعضای تیم کنترل کیفی پرونده
- انتخاب پرونده های پزشکی در نمونه منتخب
- تکمیل چک لیست کنترل کیفی پرونده برای پرونده های منتخب در بازه های زمانی معین
- ثبت نواقص کیفی در برنامه مدارک پزشکی
- تحلیل نواقص کیفی پرونده بصورت فصلی، شش ماهه و سالیانه و ارائه بازخورد آن به مدیر، رئیس، معاون آموزشی و مدیریت پرستاری
- مداخلات مناسب مانند آموزش جهت کاهش نواقص کیفی پرونده های پزشکی

نمونه چک لیست کنترل کیفی پرونده

چک لیست کنترل کیفی

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

ردیف	موضوع	بله	خیر	تاریخ
1	کارشناس مدارک پزشکی	اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش با اطلاعات ثبت شده در سر برگ با سایر فرمهای پرونده مطابقت و همخوانی دارد.		
		دستورات پزشکی مدارک پزشکی پزشکی مطابقت می یابد.		
		دستورات تشخیصی مطابق با دستورالعمل مستند سازی ثبت و مستند می شود.		
		دستورالعملهای مربوط به ویزایش اطلاعات شامل: شرح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ارتباطات و ارتباطات دسترسی به درستی رعایت شده است.		
2	پزشک مستند	دستورالعملهای دسترسی با استفاده از نمادها و اختصارات در مستند سازی پرونده رعایت میگردند.		
		مستندات حولاً می باشد.		
		مستندسازی ثبت شده در فرم پذیرش با موارد ثبت شده در شرح حال، گزارش عمل جراحی، گزارشات پاتولوژی و خلاصه تستهای همخوانی دارد.		
		مستندسازی ثبت شده در فرم خلاصه پرونده با موارد ثبت شده در شرح حال، گزارش عمل جراحی، گزارشات پاتولوژی و خلاصه تستهای همخوانی دارد.		
3	پزشک مستند	شرح حال بیمار امکان دهنده روال منطقی تصمیم گیری بالینی Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP) و با وضعیت بالینی بیمار و اظهارات بیمار مطابقت دارد.		
		شکایت اصلی		
		تاریخ ها و ساعت ها با تاریخ و ساعت پزشکی		
		نتیجه ارزیابی پزشکی		
4	داروساز	تستهای اختصاصی پاتولوژی		
		شرح درمان		
		تستهای پاتولوژیهای سایر بیماری که بیمار نیز پیگیری و وضعیت سلامت بیمار می باشد و از لحاظ بالینی پیگیری کننده لزوم مداخلات پزشکی پاتولوژی تستها انجام شده در مورد مراقبت بیمار میباشد.		
		دستورالعملهای بیمار در مورد مراقبت های با تاریخ ثبت در پرونده پزشکی که با بودجهی بررسی می شوند وجود دارد؟		
5	پرستار	اطلاعات مربوط به رضایت آگاهانه بیمار جهت درمان ثبت شده است.		
		مطابقت عمل جراحی انجام شده با وضعیت بالینی و تاریخ پاراکلینیک وجود دارد.		
		مستندی حال بر استفاده از روش بیوشیمی یا بیوسن خاص جهت بیمار وجود دارد.		
		گزارش عمل جراحی با علامت بعد از عمل جراحی ثبت می شود.		
6	پرستار	مستندات ثبت شده دسترسی فرآیند پزشکی مدارک مستند سازی مورد بازبینی قرار گرفته و ثبت شده است.		
		پرونده بیمار دارای بقیه زمانی بوده و مستندات آن عمل استقرار بیمار یا در طی بستری تکلیف می دهد.		
		در دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف، تکرار، دوز مصرفی، دقتات، مدت زمان مصرف دارو و دقتات ثبت شده باید در متن دستور مستند گردد. به ویژه در مورد گشای خونگها داروهای مختلف در مصرف نیز لازم است.		
		مستندات کافی در مورد انجام دستورات پزشکی موجود می باشد.		
7	پرستار	فاصله زمانی بین دستورات پزشکی و دریافت گزارش اقدام بر مبنای مستندات پرونده قابل محاسبه میباشد.		
		خلاصه تستهای بیوشیمی بیمار در نتیجه های هنگام بررسی و اطمینان از دریافت آنها از سوی بیمار یا همراه وی میباشد. دستورالعمل های آموزش های داده شده به بیمار در حین بستری و هنگام بررسی موجود می باشد.		
		در ارتباط با انتقال بیمار از بخش های عمومی به ویژه اورژانس و مطب خاص و سوابق دارد.		
		در ارتباط با انتقال بیمار به مراکز دیگر اورژانس و مطب خاص موجود می باشد.		
8	پرستار	دستورالعمل های آموزش های داده شده به بیمار در حین بستری و هنگام بررسی موجود می باشد.		
		پرونده بیمار دارای بقیه زمانی بوده و مستندات آن عمل استقرار بیمار یا در طی بستری تکلیف می دهد.		

نام و نام خانوادگی و امضا پزشک تیم نظارت:

نام و نام خانوادگی و امضا داروساز تیم نظارت:

نام و نام خانوادگی و امضا مدارک پزشکی تیم نظارت:

نام و نام خانوادگی و امضا پرستار تیم نظارت:

نمونه ابلاغ اعضای تیم کنترل کیفی پرونده

شماره: ۹۸/۲۲۷۵۲۲
تاریخ: ۱۳۹۸/۰۷/۲۲
موضوع:



مرکز فوق تخصصی کودکان سرور
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی

پایه نامه

استاد ارجمند سرکار خانم دکتر قائم
استاد ارجمند جناب آقای دکتر قاسمی
سرکار خانم آمنه رضائی اول
سرکار خانم فهیمه متقی زاده

سلام علیکم

احتراماً، با عنایت به صورتجلسه کمیته شهرورما ۶۸ مدیریت اطلاعات سلامت، حضرتعالی بعنوان عضو تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی تعیین می گردید. امید است با توجه به درایت و پشتکار شما در جهت ارتقاء سطح آموزش و پژوهش، ما را یاری فرمائید. ۷۷۷۳۶۱۷

دکتر فرهاد حیدریان
رئیس مرکز فوق تخصصی کودکان سرور
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر شیخ

پیوسته:

- دفتر گروه
- دفتر هیئت مدیره
- سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان (پزشکی)

نحوه گزارش گیری و ثبت
 نواقص کیفی در برنامه
 مدارک پزشکی (مدیریت
 اطلاعات سلامت) عینا مانند
 ثبت نواقص کمی می باشد.



برخی از مواردی که در هنگام تحلیل کیفی مورد بررسی قرار می گیرند عبارتند از:

➤ همخوانی اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش با اطلاعات ثبت شده در سایر فرم ها

➤ همخوانی تشخیص های ثبت شده در کلیه اوراق پرونده پزشکی

➤ انعکاس روال منطقی تصمیم گیری بالینی در فرم شرح حال بیمار

➤ بیان سیر پیشرفت وضعیت سلامتی بیمار در یادداشت های سیر بیماری

➤ وجود مستندات کافی در مورد انجام تمام دستورات پزشک

➤ تائید دستورات پزشک مشاور توسط پزشک معالج

برخی از مواردی که در هنگام تحلیل کیفی مورد بررسی قرار می گیرند عبارتند از:

- ثبت و مستند نمودن دستورات تلفنی منطبق با دستورالعمل مستندسازی
- درج نام دارو، روش مصرف دارو، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت زمان مصرف دارو در متن دستور پزشک
- درج تاریخ توقف مصرف آنتی بیوتیک ها در متن دستور پزشک
- رعایت اصول دستورالعمل های مرتبط با تصحیح اطلاعات و اضافه کردن داده های تاخیری
- رعایت دستورالعمل های مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات استاندارد در مستندسازی پرونده
- بازبینی و تأیید مستندات ثبت شده توسط فراگیران بوسیله پزشک معالج



۱- ابزار ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت باکیفیت از بیمار، است.

د) هیچکدام

ج) فضای فیزیکی

ب) سیستم های کامپیوتری

الف) پرونده پزشکی

۲- کدامیک جزء کاربردهای مستندسازی صحیح، نمی باشد؟

الف) ابزار ارتباطی بین پزشک و سایر کادر درمان

ب) سند قانونی برای سازمان های بیمه گر و سایر نهادهای رسمی

ج) عدم کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی

د) منبع مفید برای آمارهای سلامت

۳- کدامیک از گزینه های زیر، جزء اصول مستندسازی صحیح نمی باشد؟

الف) استفاده از علامت نقل قول مستقیم در ثبت اطلاعات اخذ شده از بیمار و همراهان وی

ب) بکار بردن واژه Mistaken Entry در زمانی که ثبت مستندات، بهنگام نباشد.

ج) بکار بردن واژه Error با خودکار قرمز برای تصحیح اشتباهات مستندسازی

د) بکار بردن واژه Late Entry برای مستنداتی که بهنگام، ثبت نشده اند.

۴- ویژگی های مستندات پرونده

د) همه موارد

ج) با کفایت بودن

ب) دقیق بودن

الف) کامل بودن

۵- چارچوب زمانی برای تأیید دستورات تلفنی و شفاهی..... است.

الف) ۲۴ ساعت بعد از ترخیص بیمار

ب) ۲۴ ساعت بعد از دستور

ج) ۷۲ ساعت بعد از ترخیص بیمار

د) ۷۲ ساعت بعد از دستور

۶- عامل موثر بر کیفیت مستندسازی پرونده ها..... است.

الف) آگاهی و نگرش

ب) رویه ها و استانداردها

ج) پیگیری و نظارت

د) همه موارد

۷- کدامیک از مستندات زیر، صحیح نمی باشد؟

الف) حال عمومی بیمار خوب است.

ب) سه عدد قرص، هر ۸ ساعت و بعد از غذا مصرف شود.

ج) حرارت بدن بیمار، ۳۹.۵ درجه است.

د) "بیمار، شب گذشته، تب و لرز داشته است."

۸- کدامیک از گزینه های زیر، جزء مشکلات مستندسازی پرونده پزشکی نمی باشد؟

الف) ثبت ناقص اطلاعات

ب) ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات

ج) استفاده از لیست مشکلات در پرونده پزشکی

د) استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی

۹- چارچوب زمانی جهت **ثبت** اطلاعات برگ شرح حال، است.

الف) بدو پذیرش

ب) قبل از انجام اقدامات تهاجمی

ج) ۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از اقدامات تهاجمی

د) گزینه الف و ب

۱۰- چارچوب زمانی جهت **تکمیل** اطلاعات برگ شرح حال، است.

الف) ۲۴ ساعت بعد از پذیرش

ب) ۲۴ ساعت بعد از ترخیص

ج) قبل از انجام اقدام تهاجمی

د) گزینه الف و ج

۱۱- چارچوب زمانی جهت **تکمیل** اطلاعات برگ خلاصه پرونده، است.

الف) از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص

ب) از زمان ترخیص تا یک هفته پس از ترخیص

ج) از زمان ترخیص تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص

د) از زمان ترخیص تا ۷۲ ساعت پس از ترخیص

۱۲- چارچوب زمانی جهت **تکمیل** اطلاعات برگ گواهی فوت، است.

الف) از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص

ب) از زمان مرگ تا ۷ روز پس از ترخیص

ج) از زمان مرگ تا ۱۴ روز پس از ترخیص

د) از زمان ترخیص تا ۷ روز پس از ترخیص

۱۳- چارچوب زمانی جهت **ثبت و تکمیل** اطلاعات برگ گزارش عمل جراحی، است.

الف) بلافاصله بعد از عمل جراحی

ب) ۷۲ ساعت بعد از عمل جراحی

ج) ۲۴ ساعت بعد از انجام عمل جراحی

د) گزینه الف و ج

۱۴- چارچوب زمانی برای **ثبت و تکمیل** پرونده تحت نظر اورژانس، کدامیک از موارد زیر است؟

الف) قبل از ترخیص بیمار

ب) قبل از انتقال بیمار از اورژانس

ج) ۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس

د) همه موارد

۱۵- چارچوب زمانی برای **ثبت و تکمیل** گزارش مشاوره، کدامیک از موارد زیر است؟

الف) بلافاصله پس از انجام مشاوره

ب) ۲۴ ساعت پس از ترخیص بیمار

ج) ۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره

د) گزینه الف و ج

۱۶- کدامیک جزء انواع تحلیل پرونده نمی باشد؟

الف) تحلیل کمی

ب) تحلیل کیفی

ج) تحلیل تکنیکال (فنی)

د) تحلیل آماری

۱۷- کدامیک جزء موارد تحلیل کمی نمی باشد؟

الف) کامل بودن تعداد اوراق پرونده

ب) عدم تناقض در ثبت تشخیص ها

ج) تکمیل سربرگ ها

د) وجود مهر و امضاء در اوراق پرونده

۱۸- استفاده از داده های پزشکی جهت تصمیم گیری های مدیریتی و بالینی، جزء کدامیک از انواع تحلیل پرونده، طبقه بندی می شود؟

ب) تحلیل آماری

الف) تحلیل کمی

د) تحلیل کیفی

ج) تحلیل تکنیکال (فنی)

۱۹- بررسی خوانایی مستندات پرونده بالینی، یکی از مصداق های تحلیل می باشد.

ب) تحلیل آماری

الف) تحلیل کیفی

د) تحلیل کمی

ج) تحلیل تکنیکال (فنی)

۲۰- رنگ پوشه پیشنهادی برای پرونده هایی که با نقص کمی، بایگانی می شوند، چیست؟

الف) آبی روشن ب) زرد ج) صورتی د) قرمز

۲۱- چگونگی نقص در برنامه مدارک پزشکی، کدامیک از موارد زیر است؟

الف) نقص دارد ب) رفع نقص شد

ج) پرونده تکمیل است د) همه موارد

۲۲- در صورتی که پرستار فراموش کرد اقدامی را که قبلا انجام داده است، ثبت کند، برای ثبت گزارش اقدام

انجام شده، کدام عبارت را بکار می برد؟

A)Error

B)Late Entry

C)Drop

D)Missed Sentences

۲۳- کدامیک از جملات زیر براساس اصل مستندسازی نوشته شده است؟

الف) فشارخون بیمار پایین است.

ب) بیمار شب گذشته تب داشته است.

ج) بیمار باید روزانه ۴ عدد قرص استامینوفن میل کند.

د) حرارت بدن بیمار ۴۰ درجه است.

۲۴- برای وصول به اهداف مستندسازی باید:

الف) بررسی کیفی و کمی پرونده ها صورت گیرد.

ب) شماره گذاری روی گزارشات مهم پرونده ها انجام شود.

ج) از تک تک اوراق پرونده، کپی یا اسکن تهیه نمود.

د) برای رفع ابهام، گزارشات دست نویس، تایپ گردد.

۲۵- کدامیک از موارد زیر صحیح نیست؟

الف) هر کدام از اوراق پرونده باید دارای مشخصات هویتی و تاریخ باشند.

ب) همه ی دستورات پزشک توسط پرستار اجرا و سپس ثبت گردد.

ج) برای حفظ حرمت پزشکان، پرستار موظف است اشتباهات املائی و یا دستوری را با غلط گیر تصحیح کند.

د) پرستار بیمار در هر شیفت باید زیر گزارش خود را ببندد.

۲۶- بیشترین آسیب ناخوانایی اطلاعات پرونده پزشکی منجر به کدامیک از مواد ذیل می شود؟

ب) پیگیری درمان

الف) خطاهای دارویی

د) تحقیقات پزشکی و آموزش

ج) افزایش کسورات بیمارستانی

۲۷- کدامیک از موارد زیر، جزء مصداق های ناخوانایی مستندات پرونده پزشکی می باشد؟

الف) بدخطی و یا مخدوش بودن

ب) استفاده از جوهر نامناسب

ج) ریز بودن مستندات

د) همه موارد

۲۸- کدامیک جزء اصول مستندسازی دستورات تلفنی و شفاهی نمی باشد؟

الف) درج نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور

ب) مهر و امضاء پزشک دستوردهنده حداکثر ۷۲ ساعت پس از دستور تلفنی

ج) نام و مهر و امضاء پرستار دریافت کننده دستور

د) ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا شفاهی

۲۹- در مورد اطفال و اطفال کمتر از یکسال، کدامیک از موارد ذیل در برگ شرح حال، لحاظ نمی گردد؟

الف) سابقه واکسیناسیون

ب) نارس بودن

ج) تولد زنده

د) وزن هنگام تولد

۳۰- کدامیک از فرمت های زیر در برگ سیر بیماری مورد استفاده قرار نمی گیرد؟

الف) SOAP

ب) POMR

ج) off & on service note

د) هیچکدام

سنجه های فناوری اطلاعات سلامت مرتبط با تحليل كمي و كيفي



سنجه های فناوری اطلاعات سلامت مرتبط با تحلیل کمی و کیفی

منظور از اجازه نامه ها، رضایت آگاهانه برای عمل جراحی و سایر مداخلات تهاجمی، اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی در پژوهش و با اجازه ترخیص با میل شخصی است.

➤ حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بصری

۱. داده های دموگرافیک بیمار و نام پزشک

۲. تاریخ پذیرش، نوع پذیرش، نوع بیمه

۳. تشخیص های اولیه و نهایی، کد تشخیص ها، اقدامات درمانی، کد اقدامات درمانی

۴. یادداشت های پرستاری مانند مستندات مربوط به ارزیابی اولیه بیمار، گزارش مشاهدات پرستاری، نتایج کنترل علائم حیاتی، گزارش مراقبت در بخش های ویژه

۵. درخواست ها و گزارش مشاورها

۶. داده های مربوط به اعمال جراحی شامل مراقبت های قبل از عمل، گزارش بیهوشی، گزارش عمل جراحی و مراقبت های بعد از عمل جراحی

۷. نتایج آزمایشات، گزارش پاتولوژی و گزارش تصویربرداری ها

۸. گزارش داروهای مصرفی

۹. گزارش الکتروکاردیوگرام

۱۰. مستندات مربوط به مددکاری اجتماعی

۱۱. تاریخ ترخیص، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، علت فوت، کد علت فوت، شرح حال پزشکی و نتایج معاینات فیزیکی، یادداشت های سیر بیماری، دستورات پزشک

۱۲. داده های خلاصه پرونده بیمار شامل شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکه سیر

بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص

۱۳. صورت حساب بیمار

➤ حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده سرپایی

۱. داده های دموگرافیک بیمار و نام پزشک

۲. نوع بیمه

خلاصه شرح حال بیمار و یافته های معاینات فیزیکی و تشخیص و طرح درمان

➤ حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده اورژانس

۱. داده های دموگرافیک بیمار و نام پزشک

۲. زمان ورود و مراجعه بیمار

۳. شرح حال بیمار، تشخیص، کد تشخیص، موارد حساسیت، نتایج کنترل علائم حیاتی، رفلکس مردنگ، علائم عصبی و جذب و دفع مایعات

۴. دستورات پزشک

۵. گزارش پرستار

۶. نتایج آزمایشات و گزارش تصویربرداری ها

۷. درخواست مشاوره، نظر پزشک مشاور

۸. وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص

۹. انتقال به سایر بخش ها یا بیمارستان ها

۱۰. علت فوت

سنجه های فناوری اطلاعات سلامت مرتبط با تحلیل کمی و کیفی



انتهاروخشی خدمات سلامت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانها (نسخه پوره استنداد دور پنجم اعتباربخشی ملی) - سال ۱۳۹۱



سطح یک	الف-۵-۵-۶ بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پروندههای پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ ارزیابی کمی و کیفی مستندسازی اطلاعات سلامت بیماران، پس از ترخیص از طریق بازبینی پرونده پزشکی منتخب/ نمونه در واحد مدیریت اطلاعات سلامت ♦ بررسی کیفی محتوای پروندههای پزشکی در نمونه منتخب از پروندهها و در قالب تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی با مشارکت گروههای بالینی و مدیریت اطلاعات ♦ اعلام موارد نقص پرونده به پزشک، پرستار و یا سایر افراد سهیم در مستند سازی پرونده بیمار و پیگیری جهت رفع نواقص حداکثر ظرف مدت چهارده روز
	<p>پایش مستمر و بازخورد موارد نقص پرونده به افراد و گروههای سهیم در ثبت اطلاعات در پرونده صورت گرفته و مداخلات مناسب جهت کاهش نواقص پروندههای پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می گردد. همچنین بررسی کیفی محتوای پروندههای پزشکی در مورد تعداد نمونه قابل قبولی از پروندهها و در قالب تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی با مشارکت نمایندگان گروههای بالینی و بخش مدیریت اطلاعات سلامت در بازههای زمانی معین انجام می شود.</p> <p>بررسی کیفی محتوای پروندههای پزشکی در مورد نمونه قابل قبولی از پروندهها و در قالب تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی با مشارکت نمایندگان گروههای بالینی و بخش مدیریت اطلاعات سلامت در بازههای زمانی مشخص انجام می شود.</p> <p>بررسی کیفی محتوای پرونده پزشکی به منظور ارتقای مستندات بالینی از لحاظ کیفیت ثبت محتوا انجام شده (از جمله درستی و صحت اطلاعات ثبت شده، همخوانی اطلاعات ثبت شده، به موقع بودن ثبت اطلاعات، دقیق بودن و کفای بودن اطلاعات ثبت شده) و چک لیست مورد نظر بر حسب آن که کدام ویژگی کیفی مورد نظر باشد، متفاوت است. نتایج بررسی کیفی پروندههای پزشکی به افراد و گروههای بالینی سهیم در ثبت پرونده بازخورد داده شده و مداخلات مورد نیاز به منظور ارتقای کیفی مستند سازی پرونده پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می گردد.</p>

سنجه های فناوری اطلاعات سلامت مرتبط با تحلیل کمی و کیفی

➤ برخی مصادیق کنترل کیفی پرونده پزشکی

۱. اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش با اطلاعات ثبت شده در سر برگ سایر فرم های پرونده مطابقت و همخوانی دارد.
۲. تشخیص های ثبت شده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص با موارد ثبت شده در شرح حال، گزارش عمل جراحی، گزارش پاتولوژی و خلاصه ترخیص همخوانی دارد.
۳. فرم شرح حال بیمار انعکاس دهنده روال منطقی تصمیم گیری بالینی^۱ شامل اظهارات بیمار، بررسی ها و معاینات بدنی توسط پزشک، نتیجه ارزیابی پزشک (تشخیص قطعی، تشخیص احتمالی یا تشخیص افتراقی) و طرح درمان می باشد.
۴. یادداشت های سیر بیماری به صورت روتین ثبت شده، بیانگر سیر پیشرفت وضعیت سلامتی بیمار می باشد و از لحاظ بالینی تایید کننده لزوم مداخلات پزشکی یا توجیه تصمیمات اخذ شده در مورد مراقبت بیمار می باشد.
۵. مستندات کفنی در مورد انجام تمام دستورات پزشک موجود می باشد.
۶. دستورات پزشک مشاور توسط پزشک معالج تایید می شود.
۷. در دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف دارو، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت زمان مصرف دارو و دلیل تجویز دارو باید در متن دستور مستند گردد. به ویژه در مورد آنتی بیوتیک ها ذکر تاریخ توقف در مصرف نیز لازم است.
۸. دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستند سازی ثبت و مستند می شوند.
۹. دستور ترخیص بیانگر ضرورت ترخیص بیمار می باشد.
۱۰. دستورالعمل های مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبت های تأخیری به درستی رعایت شده است.
۱۱. فاصله زمانی بین دستورات پزشک و دریافت گزارش اقدام^۲ بر مبنای مستندات پرونده قابل محاسبه می باشد.
۱۲. دستورالعمل های مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات در مستند سازی پرونده رعایت می گردد.
۱۳. خلاصه ترخیص بیانگر توصیه های هنگام ترخیص و اطمینان از درک آن ها از سوی بیمار یا همراه وی می باشد.
۱۴. مستندات ثبت شده توسط فراگیران، توسط پزشک معالج مورد بازبینی قرار گرفته و تایید شده است.
۱۵. گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل جراحی ثبت می شود.
۱۶. پرونده بیمار دارای وقفه های زمانی نبوده و مستندات آن محل استقرار بیمار را در طی بستری انعکاس می دهد.

نحوه استفاده از تحلیل کمی و کیفی بر اساس گزارشات سیستمی



عنوان: گزارش نواقص کیفی و کمی

برگه گزیده شده از سیستم ثبت مستندات - سیستم مستندات - سیستم مستندات

ردیف	نام خدمتگاری	تخصص	تاریخ بازدید	تاریخ نواقص	تاریخ رفع نواقص	توضیحات	تاریخ ایجاد و ...	بازنگار...	گزاره ایجاد...	گروه بندی
1	انراقص	رخصه داده ر...	1401/07/17	1401/07/04	1401/07/04	...	...	...	...	...
2	انعمه	فیزی	1401/07/20	1401/07/19	1401/07/19	...	...	...	...	...
3	روفا	کلانتری	1401/07/01	1401/07/12	1401/07/12	...	...	...	...	...
4	زیبا	موزیک	1401/07/12	1401/07/19	1401/07/19	...	...	...	...	...
5	انورالمن	فرانسوی	1401/07/02	1401/07/08	1401/07/08	...	...	...	...	...
6	حسن	عربی	1401/07/11	1401/07/29	1401/07/29	...	...	...	...	...
7	حسن	عربی	1401/07/11	1401/07/29	1401/07/29	...	...	...	...	...
8	فاندرصادف	انراقص	1401/07/05	1401/07/07	1401/07/07	...	...	...	...	...
9	فاندرصادف	انراقص	1401/07/05	1401/07/07	1401/07/07	...	...	...	...	...
10	فاندرصادف	انراقص	1401/07/05	1401/07/07	1401/07/07	...	...	...	...	...
11	فاندرصادف	انراقص	1401/07/05	1401/07/07	1401/07/07	...	...	...	...	...
12	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
13	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
14	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
15	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
16	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
17	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
18	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
19	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
20	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
21	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
22	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
23	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
24	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
25	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
26	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
27	حیدر	انراقص	1401/07/22	1401/07/09	1401/07/09	...	...	...	...	...
28	حیدر	انراقص	1401/07/01	1401/07/01	1401/07/01	...	...	...	...	...
29	حیدر	انراقص	1401/07/01	1401/07/01	1401/07/01	...	...	...	...	...

بازنگارها: در تاریخ بازدید - - - - - تا تاریخ بازدید - - - - -

گزارش نواقص کیفی و کمی

اطلاعات پایه HIS

اسامی کارکنان

سامانه ها

مدارک پزشکی

برنده های کدگذاری شده در مدارک پزشکی

برنده های کسب در حسابداری ترمیمی

فرم های الکترونیک

گزارش زمانی به بیمه

گزارش برنده های کدگذاری بر اساس تعداد

گزارش نواقص کیفی و کمی

گزارش کدگذاری برای برنده های مشترک

اسامی بیمارستانی

انترنیت

نواقص پرونده

گزارش کلی نقص های پرونده | گزارش نقص های با شرایط معین | گزارش نواقص کلی و کلیه

هدف	شرط	Description
X	(Left (DefectDate,10) >= '1400/01/01) ... /1400	تاریخ تحول بزرگتر مساوی '1400/01/01' ... /1400

نام جدول مورد نظر: گزارشات پرونده های در مدارک ... *

معمود: *

شماره: تاریخ تحول *

تاریخ: <= بزرگتر مساوی *

تعداد: 1400/01/01 *

حذف

افزودن

فیلتر کردن بر اساس: پرونده مورد نظر را به این فیلتر اضافه کنید

تاریخ تحول	نام برگه	شماره پرونده	واحد قبلی	تاریخ تحول	نوع	تعداد دفعه مراجعه	کاربر ایجادکننده
14:11:14 1401/10/20	سیر بیماری	S09C01H03-15-73-21	حسابداری	14:08:02 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
15:04:51 1401/10/20	خلاصه پرونده	S09C01H03-08-20-12	حسابداری	15:04:43 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
09:55:08 1400/02/07	خلاصه پرونده	S09C01H03-14-97-38	حسابداری	09:54:44 1400/02/07	نقص دارد	-	مرضیه خسروی فر
17:11:41 1401/10/20	خلاصه پرونده	S09C01H03-15-87-39	حسابداری	17:11:19 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
14:22:20 1401/10/20	سیر بیماری	S09C01H03-16-09-40	حسابداری	14:24:11 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
12:19:12 1400/02/04	پذیرش و خلاصه ترخیص	S09C01H03-13-67-71	حسابداری	12:18:42 1400/02/04	نقص دارد	-	فهرمه منقی زاده
09:55:08 1400/02/07	پذیرش و خلاصه ترخیص	S09C01H03-14-97-38	حسابداری	09:54:44 1400/02/07	نقص دارد	-	مرضیه خسروی فر
09:43:12 1400/02/07	دستورات پزشکی	S09C01H03-14-86-16	حسابداری	09:43:04 1400/02/07	نقص دارد	-	مرضیه خسروی فر
09:43:12 1400/02/07	درخواست مشاوره	S09C01H03-14-96-16	حسابداری	09:43:04 1400/02/07	نقص دارد	-	مرضیه خسروی فر
14:24:20 1401/10/20	شرح حال و معاینه بدنی	S09C01H03-16-09-40	حسابداری	14:24:11 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
14:44:04 1401/10/20	مراقبت قبل از عمل جراحی	S09C01H03-16-07-59	حسابداری	14:45:44 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
17:11:41 1401/10/20	پذیرش و خلاصه ترخیص	S09C01H03-15-87-39	حسابداری	17:11:19 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
15:04:51 1401/10/20	شرح حال و معاینه بدنی	S09C01H03-08-20-12	حسابداری	15:04:43 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
12:12:49 1400/02/24	سیر بیماری	S09C01H03-14-94-79	حسابداری	12:12:41 1400/02/24	نقص دارد	-	ادریس رضایی
14:01:05 1401/10/20	سیر بیماری	S09C01H03-16-08-87	حسابداری	14:00:59 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی
15:22:04 1401/10/20	دستورات پزشکی	S09C01H03-16-09-44	حسابداری	15:22:47 1401/10/20	نقص دارد	-	شاهلا فیادی

23 مورد

Exit Filter [تول] = نقص دارد X

نمایش پرونده

گزارش کلی نقش پرونده | گزارش نقش با شرایط انتخابی | گزارش نقش کلی و کلی

نام جدول مورد نمایش: | |

تاریخ تراش: | تاریخ تراش بزرگتر: | تاریخ تراش کوچکتر:

تاریخ: | مقدار:

نوع گزارش: پرونده های دارای نقش کلی

ردیف	تاریخ تراش	تاریخ تراش بزرگتر	تاریخ تراش کوچکتر	نوع نقش	نام نقش	برگه نقش	کاربرد ثبت کننده	مستثنی و کاربرد عامل نقش	بازشک عامل نقش
1	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	بازرسی و خلاصه ترخیص	شهرلا قیادی	نگار عباسی	بهاره ابطانی
2	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	خلاصه پرونده	شهرلا قیادی	نگار عباسی	بهاره ابطانی
3	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	شرح حال و معاینه بدنی	شهرلا قیادی	نگار عباسی	بهاره ابطانی
4	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	سیر بیماری	شهرلا قیادی	نگار عباسی	بهاره ابطانی
5	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	شرح حال و معاینه بدنی	ظاهره عزیزلی	فاطمه خاکشورسه بگ آف	هوردی انتخاب نشده است
6	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	دستورات پزشک	شهرلا قیادی	نگار عباسی	سارا سعادت
7	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	گزارش پرستار	شهرلا قیادی	نگار عباسی	سارا سعادت
8	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	عدم ثبت مهر و امضاء پزشک معالج	خلاصه پرونده	ظاهره عزیزلی	سیده شایا سیدی جولاگو	هوردی انتخاب نشده است
9	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	دستورالعملهای مربوط به ویزایش اطلاعات شامل تکمیل اطلاعات...	بهبودش...	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
10	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	اطلاعات هویتی بهادر فرم بازرسی با اطلاعات ثبت شده در سیستم...	بازرسی و خلاصه ترخیص	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
11	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	تشخیصی ثبت شده در فرم بازرسی و خلاصه ترخیص با موارد ثبت...	بازرسی و خلاصه ترخیص	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
12	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل جراحی ثبت نمیشود...	گزارش عمل جراحی	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
13	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	دستورالعملهای مرتبط با استفاده از نهالها و اختصارات در سیستم...	بازرسی و خلاصه ترخیص	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
14	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	دستورالعملهای مرتبط با استفاده از نهالها و اختصارات در سیستم...	گزارش عمل جراحی	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
15	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	خلاصه ترخیص بیمار توصیه های هنگام ترخیص و اطمینان از ترک آنه...	خلاصه پرونده	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
16	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	مستندات ثبت شده توسط فرآیند، توسط پزشک معالج مورد بررسی...	بازرسی و خلاصه ترخیص	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
17	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	مستندات ثبت شده توسط فرآیند، توسط پزشک معالج مورد بررسی...	خلاصه پرونده	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی
18	1401/09/01	1401/09/01	1401/09/01	کلی	مستندات ثبت شده توسط فرآیند، توسط پزشک معالج مورد بررسی...	بهبودش...	مرضیه خسروی فر	سماحه شهرزادی منطری	زلفرا بدیعی

تعداد پرونده: 171

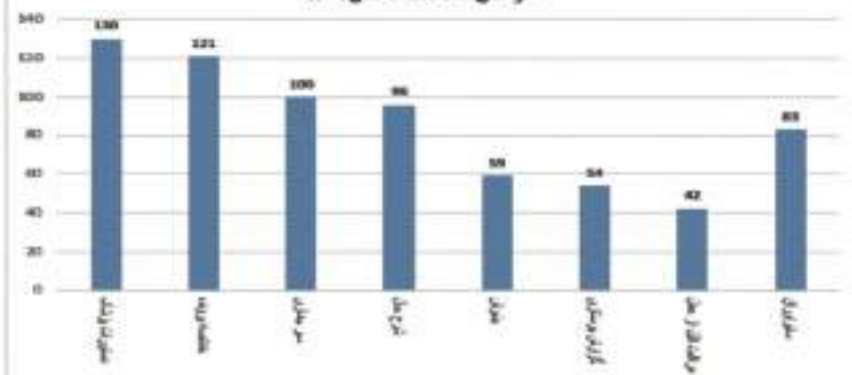
تعداد نقش: 171

نمونه ای از گزارشات تحلیل کمی و کیفی جهت ارائه به مدیران

تعداد نواقص کمی پرونده بر اساس انواع اوراق پرونده

- ✓ برگ دستورات پزشکی: ۱۳۰ مورد
- ✓ برگ خلاصه پرونده: ۱۲۱ مورد
- ✓ برگ سیر بیماری: ۱۰۰ مورد
- ✓ برگ شرح حال: ۶۶ مورد
- ✓ برگ پذیرش: ۵۹ مورد
- ✓ برگ گزارش پرستار: ۵۴ مورد
- ✓ برگ مراقبت قبل از عمل: ۴۲ مورد
- ✓ سایر اوراق پرونده: ۸۴ مورد

تعداد خطاهای مستمسازی کمی بر اساس نوع اوراق پرونده در بیمارستان دکتر شیخ در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۱



از بین اوراق پرونده، ۶۵٪ نواقص کمی مربوط به اوراق دستورات پزشکی، خلاصه پرونده، سیر بیماری و شرح حال می باشد.

گزارش تحلیل کمی پرونده های بستری در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۱

تعداد کل پرونده های بستری راجع نقص شده: ۷۲۶۶ پرونده

تعداد پرونده هایی که دارای نقص کمی بودند: ۴۰۴ پرونده

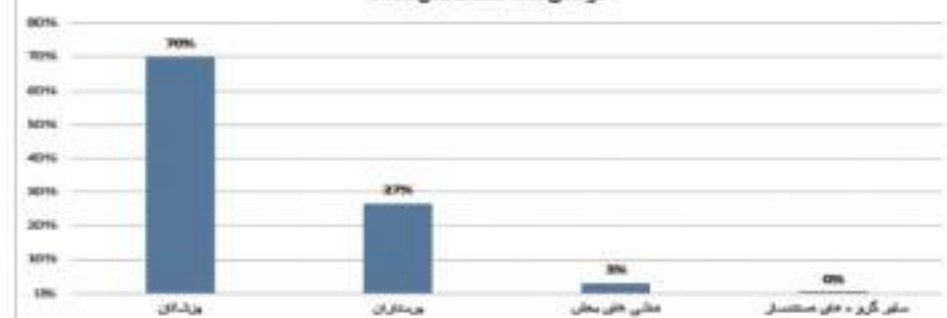
تعداد کل نواقص کمی ثبت شده در HIS: ۶۸۵ نقص کمی

۴٪ از کل پرونده ها همراه با نقص به بخش مدیریت اطلاعات سلامت (مدارک پزشکی) ارسال شدند.

تعداد نواقص کمی پرونده بر اساس گروه های مستمساز:

- نواقص کمی گروه پزشکان: ۷۰٪
- نواقص کمی گروه پرستاران: ۲۶.۷٪
- نواقص کمی گروه کارشناسان HIM (فنی های بخش): ۲.۷٪
- نواقص کمی سایر گروه های مستمساز: ۰.۱٪

نواقص کمی پرونده های بستری بر اساس گروه های مستمساز بیمارستان دکتر شیخ در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۱



نمونه ای از گزارشات تحلیل کمی و کیفی جهت ارائه به مدیران

- فرم شرح حال بیمار امکان دهنده روال منطقی تصمیم گیری یالینی شامل اظهارات بیمار، بررسی و معاینات بدنی توسط پزشک، نتیجه ارزیابی پزشک(تشخیص اولیه) می باشد.
- در دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت زمان مصرف دارو و دلیل تجویز دارو باید در متن دستور مستند گردد.
- فاصله زمانی بین دستورات پزشک و دریافت گزارش اقدام بر مبنای مستندات پرونده، قابل محاسبه می باشد.
- حوادث غیرمترقبه از جمله افتادن از تخت و ... ثبت شده است.
- دستورات پزشک مشاور توسط پزشک معالج تأیید می شود.
- دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستندسازی، ثبت و مستند می شود.
- در ارتباط یا انتقال بیمار از بخش های عمومی به بخش های ویژه، توضیح و علت خاصی وجود دارد.
- تکمیل تفسیر نوار قلب.
- دستورالعمل های مرتبط با استفاده از تمادها و اختصارات در مستندسازی پرونده رعایت می گردد.

گزارش تحلیل کیفی پرونده های بستری در شش ماهه نخست سال ۱۴۰۱

از بین پرونده های بستری، ۱۶۳ از پرونده ها بصورت تصادفی، مورد تحلیل کیفی قرار می گیرند.

تعداد کل پرونده های بستری رقع نقص شده : ۲۴۴۴ پرونده

تعداد کل پرونده های بستری که مورد تحلیل کیفی قرار گرفتند: ۹۴ پرونده

تعداد کل نواقص کیفی ثبت شده در ۲۴۴۴ : ۱۱۲۲ نقص کیفی

پس از بررسی فاکتورهای تحلیل کیفی در پرونده های مربوطه، مواردی مشاهده گردید که اکثراً بطور کلی اجرا می شدند و بخشی از موارد فوق تا حدودی قابل اجرا بود. متأسفانه تعداد محدودی از موارد بررسی کیفی مانند عدم تفسیر نوار قلب، اصلاً اجرا نمی شد. بخشی از مواردی که در پرونده ها مورد بررسی کیفی قرار گرفت، به شرح ذیل می باشد:

- مستندات ثبت شده توسط فراگیران، توسط پزشک معالج مورد بازبینی قرار گرفته و تأیید شده است.
- تشخیصهای ثبت شده در فرم پذیرش یا موارد ثبت شده در شرح حال، گزارش عمل جراحی، یا اولوزی و خلاصه پرونده همخوانی دارد.
- پرونده بیمار دارای وقته های زمانی نبوده و مستندات آن، محل استقرار بیمار را طی بستری، امکان می دهد.
- اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش یا اطلاعات ثبت شده در سربرگ سایر فرم های پرونده مطابقت و همخوانی دارد.
- خلاصه ترخیص بیمار توصیه های هنگام ترخیص و **Chart Area** با از سوی بیمار یا همراه وی می باشد.
- مستندات کلینی در مورد انجام تمام دستورات پزشک، موجود می باشد.
- ثبت یادداشت های سایر بیماری های دیگر به اشتراک و همیت ساندستی بیمار می باشد.

نمونه ای از گزارشات تحلیل کمی و کیفی جهت ارائه به مدیران

تحلیل نواقص کمی پرونده در سال ۱۴۰۰

- نواقص کمی پرونده در سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۹ از ۲۷٪ به ۲۱٪ افزایش داشته است که میتواند به عللی چون:
- افزایش در تعداد بستری شدگان در سال ۱۴۰۰ نسبت به سال ۱۳۹۹ و به تبع آن افزایش تعداد پرونده های بستری که بدلیل افزایش تعداد پرونده می تواند در کیفیت مستندسازی تاثیر گذار باشد.
 - نداشت در ثبت نواقص کمی در HIS توسط کارشناس تحلیل پرونده
 - افزایش نواقص کمی گروه پزشکان از ۲۵٪ به ۲۷٪

نقاط بهبود یافته

نواقص کمی گروه پرستاری از ۲۲٪ به ۲۱٪ کاهش یافته است که می تواند نتیجه پیگیری ها در زمینه آموزش دقیقتر به این گروه از مستندان باشد.

نواقص کمی گروه کارشناسان HIM (بخش) از ۲۲٪ به ۲۹٪ تغییر یافته است که ناشی از:

- ✓ افزایش اهمیت مستندسازی در این گروه از بعد فرهنگی
- ✓ بهبود آموزش و کسب تجربه در این حیطه
- ✓ استفاده از نقش های ثبت برای بخشهای بستری

با توجه به اوراق اصلی و مخصوص که در پرونده بیماران استفاده می شود، نواقص فرم رضایت اکتفا به وقت بیشتری در HIS نسبت به سال گذشته ثبت می گردد که پیگیری های شاخص تکمیل این فرم حیاتی توسط کارشناس ایمنی بیمارستان و با همکاری کارشناس تحلیل پرونده در حال انجام است.

تعداد نواقص کمی پرونده در اوراق سیر بیماری و شرح حال تقریباً ۲ برابر و در برگه خلاصه پرونده حدود ۴ برابر افزایش داشته است که بیشترین علت آن عدم درج مور و انشاء پزشک معالج بر روی این فرمها باشد.

تحلیل نواقص کیفی پرونده در سال ۱۴۰۰

نواقص کیفی پرونده در سال ۱۴۰۰ نسبت به همین بازه زمانی در سال گذشته کمتر شده است که این امر موجب افزایش کیفیت داده ها و اطلاعات در مستندات پرونده باقی می شود.

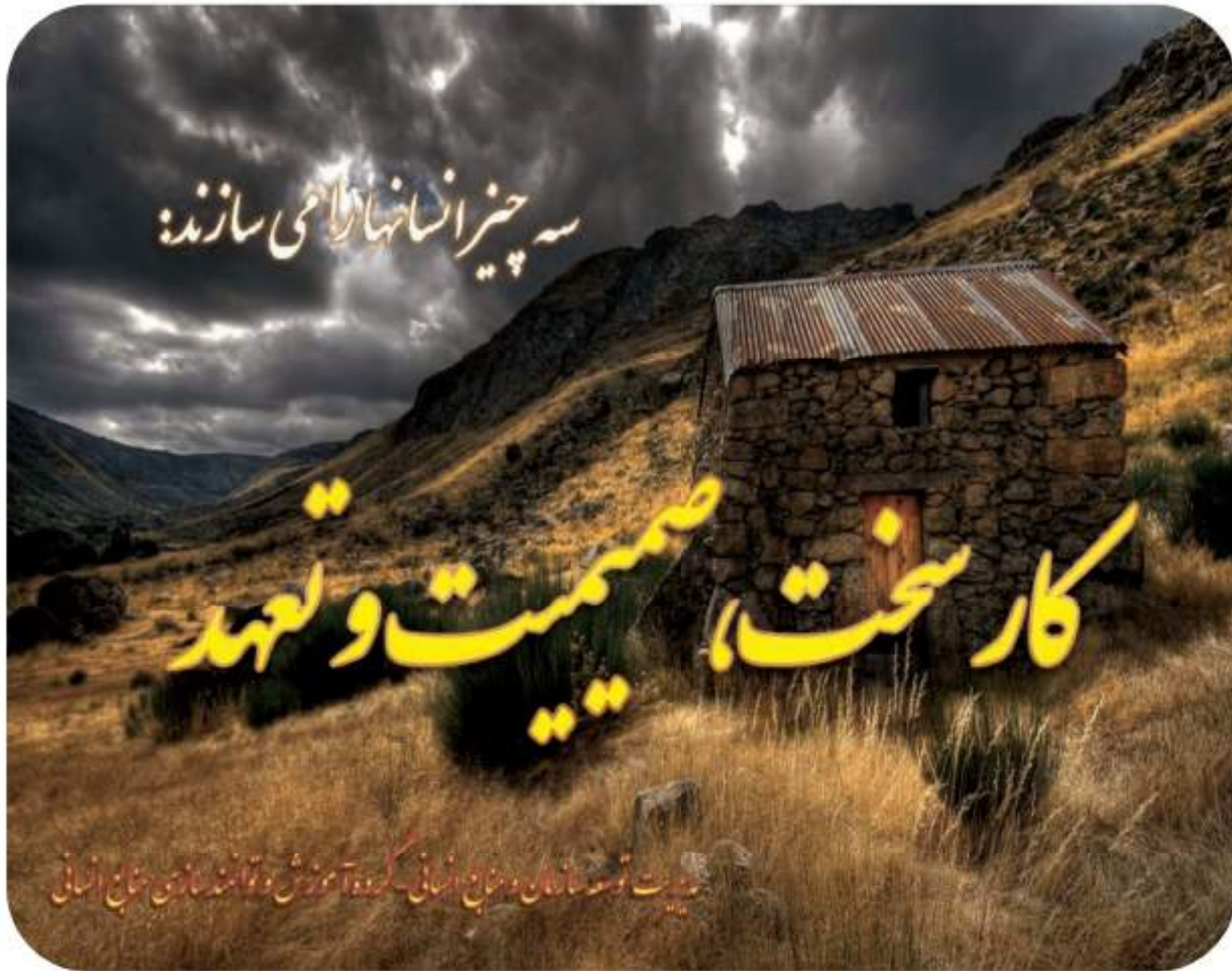
نقاط قابل بهبود

- بررسی مستندسازی کیفی پرونده می تواند در قالب یک کار تیمی انجام شود که با حساسیت و دقت بیشتری مستندات باقی مورد بازبینی قرار گیرند و نتایج آن در کمیته های مربوطه به اشتراک گذاشته شود.
- پیشنهاد می شود پرونده های فوری پرونده هایی که احتمال دارد مورد شکایت قرار گیرند و پرونده های خاص در اولویت بررسی کیفی قرار گیرند.

راهکارهای پیشنهادی برای افزایش کیفیت مستندسازی پرونده پزشکی



- برگزاری دوره های آموزشی برای دانشجویان پزشکی و سایر کادر درمانی و آگاه نمودن آنها نسبت به اهمیت اطلاعات پرونده پزشکی
- برگزاری کارگاه های اصول تشخیص نویسی برای پزشکان
- تدوین دستورالعمل ها و خط مشی هایی برای تکمیل اوراق پرونده پزشکی از طرف کمیته فناوری اطلاعات سلامت بیمارستان و ابلاغ آن به مستندسازان پرونده بالینی
- ارزیابی کارورزان و دستیاران در پایان هر دوره آموزشی براساس کیفیت مستندات آنها
- نظارت مسئولین بیمارستان بر نحوه تکمیل پرونده
- ارزیابی عملکرد مستندسازان براساس کیفیت مستندات آنها
- تشویق و تنبیه مستندسازان براساس کیفیت مستندات آنها





با تشکر از حوصله شما