



Documenting Recording & Reporting

مستند سازی ثبت و گزارش نویسی

دکتر سید علی ناجی: عضو هیات علمی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)



مقدمه

- حضرت علی (ع) :
- علم را با نوشتن پایبند کنید زیرا آنچه حفظ شود بگریزد و آنچه نوشته شود تا ابد باقی بماند.

خطاهای پزشکی

- ۱. سوی رفتارهای حرفه ای (تخلفات انتظامی)
- ۲. قصور پزشکی

دلایل افزایش آمار خوانده ها به محاکم قضائی و انتظامی در چند سال اخیر:

- (a) استقلال حرفه ای
- (b) افزایش سطح آگاهی های پزشکی جامعه
- (c) افزایش تعداد پرسنل
- (d) پیشرفت تکنولوژی
- (e) افزایش هزینه های درمانی
- (f) افزایش اطلاعات حقوقی مردم
- (g) پائین بودن در آمد مردم
- (g) کمبود نیرو و خستگی پرسنل
- (h) نقش همکاران
- (i) ساعات کاری بالا
- (j) عدم موفقیت در برقراری رابطه مناسب با بیماران
- (k) عدم آگاهی کارکنان از مسائل حقوقی و مقررات

مستند سازی Documenting

ایجاد مجموعه ای ثبت شده از اطلاعات مربوط به

- وضعیت سلامت بیمار
- برنامه های درمانی – مراقبتی
- اقدامات انجام شده

ثبت Recording

ثبت اطلاعات مرتبط با سلامت بیمار به صورت نوشتاری جهت
پیگیری سیر بیماری و پیشرفت بهبود

مانند:

- ثبت علائم حیاتی بیمار
- ثبت I.O.
- ثبت شرح حال
- ثبت شرح حال بعد از زایمان
- خلاصه پرونده



گزارش نویسی Reporting

انتقال اطلاعات مرتبط با اقدامات انجام شده
جهت بیمار به صورت نوشتاری

مانند:

- گزارش پرستاری
- گزارش ۲۴ ساعته
- شرح عمل جراحی
- بیهوشی
- شرح زایمان



اهمیت مستند سازی

- پرونده بیمار یک **نوشته انحصاری** است که وضعیت بیمار و مراقبت های انجام شده در بیمارستان را نشان می دهد.
- گزارش **نمادی از فعالیت ها و عملکرد های** تیم درمان است.
- مدارک پزشکی جزو **ادله اثباتی یا دفاعی** و به استناد ماده ۱۲۸۴ قانون مدنی، جزء اسناد است.
- « آنچه در پرونده ثبت نشده؛ یعنی انجام نشده »

اهداف مستند سازی

1. Assessment.
2. Communication tool
3. Provides the basis for the patient's bill and insurance payment.
4. Accreditation
5. Health statistics
6. Education.
7. Research.
8. Auditing.
9. Legal record.

“The witness that never dies and never lies.”

بیشترین مشکلات قانونی مستندسازی در ایران

- مناسب نبودن ساختار برگه های ثبت و گزارش
- عدم هماهنگی محتوی گزارش با نیازهای بیمار
- ثبت ناقص
- ثبت قبل از انجام مداخله
- عدم گزارش موارد غیر عادی و خطا
- وجود فضای خالی بین خطوط ثبت شده.
- تهیه گزارش توسط فردی غیر از اقدام کننده
- تحریف و مخدوش کردن گزارش (خط خوردگی، لاک گرفتگی و...)
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش.
- خوانا نبودن گزارش.
- بی نظمی گزارش.
- جا افتادن تاریخ و زمان
- امضای نامناسب گزارش.

DOCUMENTATION SYSTEMS

- **1. Source Oriented Medical Records /Traditional Narrative Charting (SOR)**
- **2. Problem Oriented Medical Record (POMR)**
- (PIE) Problems, Intervention and Evaluation
- SOAPIE/SOAP: Subjective, Objective, Assessment, Plan, Intervention, Evaluation.
- Focus Charting: Data, Actions, Responses (DAR)
- Charting by Exception (CBE)

(PIE) Problems, Intervention and Evaluation

تاریخ	زمان	گزارش سیر پیشرفت
۱۴۰۲/۹/۱۳	۹	P=1 اختلال در راحتی: درد حاد ثانویه به ترومای عمل جراحی امروز
	۱۰/۳۰	PI=1 تجویز مسکن، آموزش به پرستار مسئول درد، بررسی شکم، تغییر پوزیشن، خشک بودن پانسمان
	۱۳	PE=1 بیمار احساس راحتی بیشتری می کند. توانایی سرفه کردن و تمرینات تنفسی عمیق را دارد. بیمار به سمت چپ تغییر وضعیت داده شد.

SOAPIE/SOAP: Subjective, Objective, Assessment, Plan, Intervention, Evaluation

تاریخ/زمان	مشکل	گزارش سیر پیشرفت بیماری
۱۴۰۲/۹/۱۳ ۹	درد شکم بعد از عمل	S: احساس درد در ناحیه شکم O: چهار ساعت از عمل می گذرد. درد از دو ساعت پیش شروع شده. بیمار به پشت خوابیده علامت سفتی شکم مشهود است شدت درد با ابزر درد ۱۰-۱ در محدوده ۶ است. ترشحات پانسمان قهوه ای رنگ است. زخم تمیز است. A: درد ثانویه به ترومای جراحی امروز P: استفاده از مسکن I: مسکن طبق تجویز داده شد. E: درد بیمار کنترل شد.

Focus Charting: Data, Actions, Responses (DAR)

D اطلاعات

A مداخلات پرستاری

R پاسخ بیمار به مداخلات پرستاری

D.A.R

گزارش سیر پیشرفت

D:

شکایت از درد شکم ، سفتی شکم، چهره
دردناک، شدت درد ۸ از ۱۰

A

بررسی محل عمل از نظر تمیز بودن و
خشک بودن پانسمان و نیاز به پانسمان
جدید، تجویز مورفین طبق دستور

R

بیمار ابراز می کند که راحتی بیشتری
دارد. توانایی سرفه و تمرینات تنفسی را دارد

تاریخ

زمان

تمرکز

۱۴۰۲/۹/۱۳

۱۰

اختلال در راحتی:
درد حاد ثانویه به
عمل جراحی و تروما

اطلاعات پرونده:

1. اطلاعات مربوط به پذیرش بیمار
2. اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت بیمار (شرح حال و معاینه، V.S ، I.O ، مشاوره، گزارش های پاراکلینیکی و...)
3. اقداماتی که باید برای بیمار انجام شود Orders (دستورهای پزشکی، کاردکس و...)
4. اطلاعات مربوط به اقدامات انجام شده (چک لیست قبل از عمل، شرح عمل جراحی ، شرح بیهوشی، گزارش پرستاری و...)

A close-up, slightly blurred photograph of a person's hand holding a silver pen and writing on a white clipboard. The clipboard has a metal clip at the top. The background is a light blue gradient. The text "Record Keeping Forms" is overlaid in the center in a bold, red, sans-serif font.

Record Keeping Forms

یوگ شخ حال و معاینه بدنی
MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:
	۱۳۸۸/۱۱/۲۸	B	تخت:	Father Name:	نام پدر:

Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار: PP - ۶ ساله - اجل و رگن سیرم - شادور

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی: PE بیمار Cusca ششترشیدی DM از ۱۵۰ قبل تحت درمان با Ins از ۱۰ قبل Ins در Right Foot زخم اندر در پای راست باخری Alcedia (Soda انگشت ۱) دردی در پای راست malaise اندک است. زخم با اسهال صورت مایل بوده و در حدود بازو است و زخم فعال ندارد.

Past Diseases History: تاریخچه بیماریهای قبلی: DM از ۱۵۰ قبل

Current Drug Therapy & Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات: OH : Insulin (واحد از ۱۵۰ داند)

Allergy to: حساسیت به: BP: ۱۲۰/۷۰ ROS و Ph.Gu PR: ۸۰ RR: ۱۳

Family History: سوابق خانگی: vitiligo در دست صورت بیمار ششترشیدی

Physical & Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

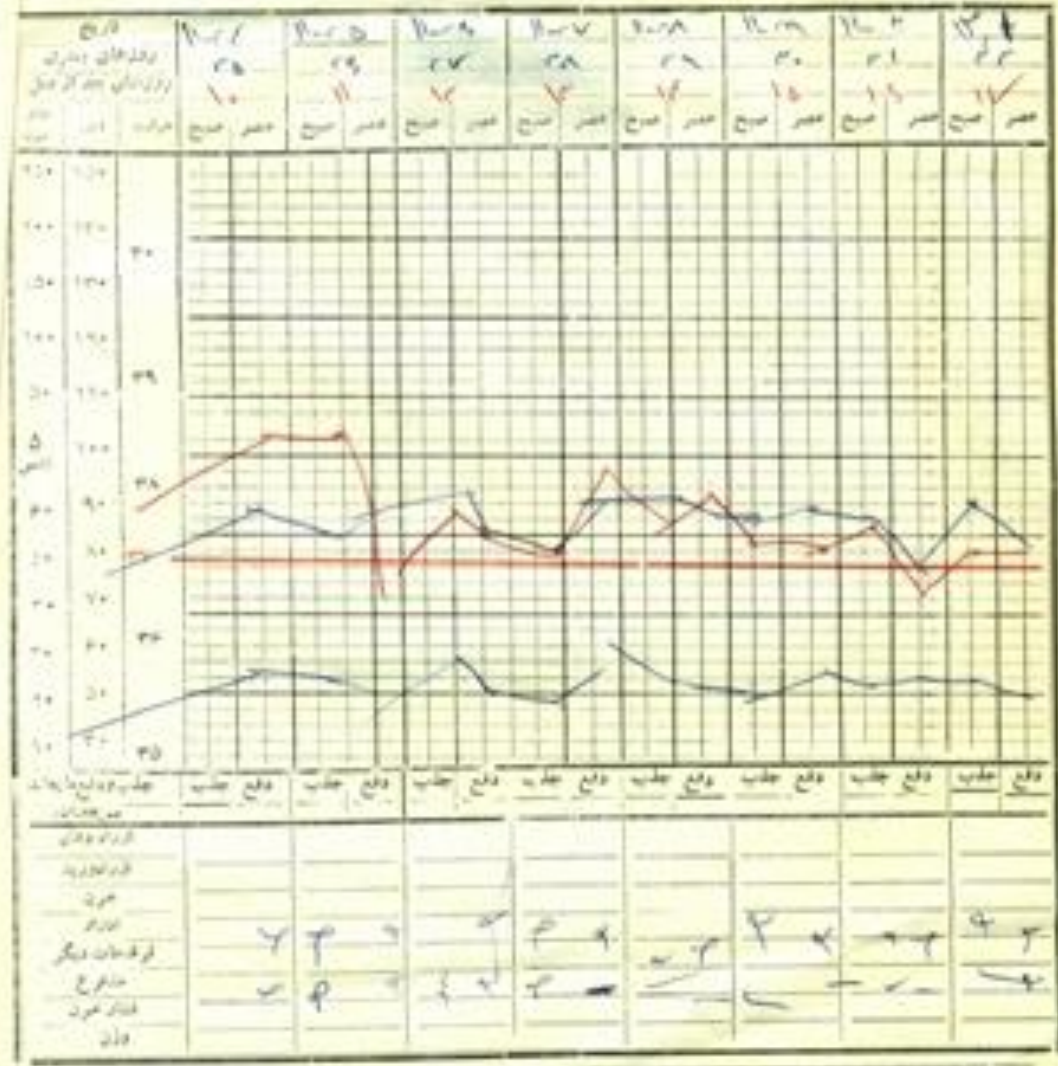
Skin: پوست: ☐ شمع ریزه ☐ ششم نرم است. اندامها ادم ندارند.

SKull: جمجمه: ☐ شمع ای مجموع شش و دلوکسند.

Ear: گوش: ☐

Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

Narrative Charting
(Health History,
Medication
administration record,
Discharge summary)



Flow Sheets (Vital Signs)

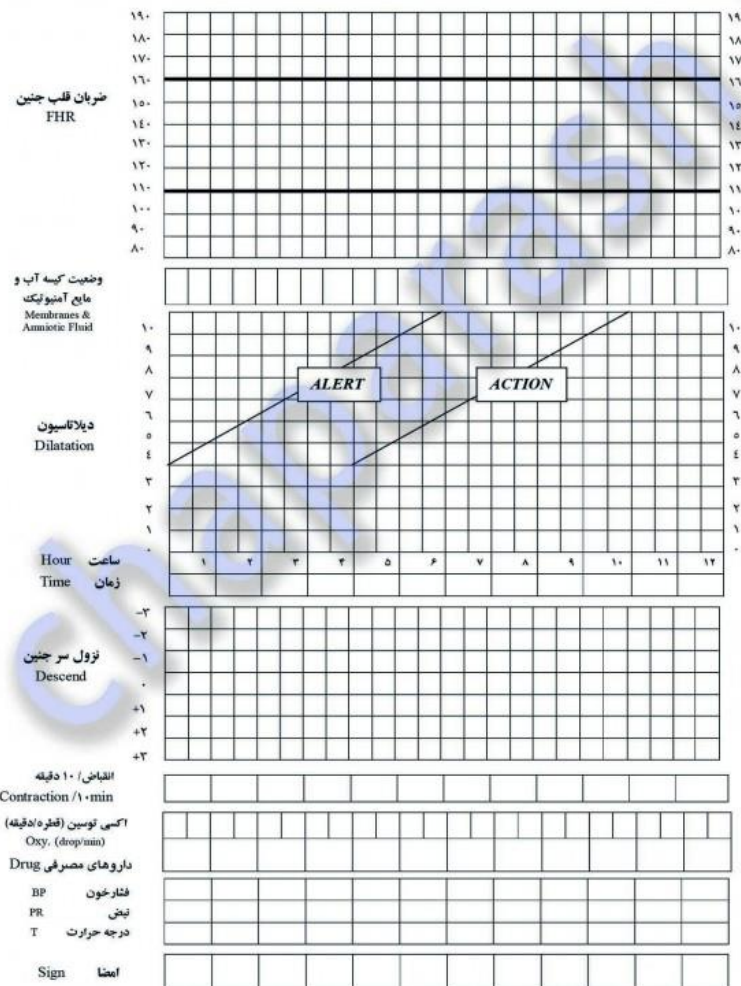
امضا و مهر
۱۰
۱۰

پارتوگراف

شماره پرونده: Unit Number:

Partograph Chart

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:		
Time: ساعت:			





برگ نمودار علائم حیاتی

COMPOSITE GRAPHIC CHART

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Bed: تخت:			
Date: تاریخ:			
Hosp. Days: روزهای بستری:			
Post-Op. Days: روزهای بعد از عمل:			
B. P. فشار خون	Pulse نبض	Temp حرارت	A.M. صبح
250	160	41.5	P.M. عصر
240	150	41	A.M. صبح
230	140	40.5	P.M. عصر
220	130	40	A.M. صبح
210	120	39.5	P.M. عصر
200	110	39	A.M. صبح
190	100	38.5	P.M. عصر
180	90	38	A.M. صبح
170	80	37.5	P.M. عصر
160	70	37	A.M. صبح
150	60	36.5	P.M. عصر
140	50	36	A.M. صبح
130	40	35.5	P.M. عصر
120	30	35	A.M. صبح
110	20		P.M. عصر
100			
90			
80			
70			
60			
50			
40			
30			
20			
10			
Fluid Ab. & Ex. جذب و دفع مایعات:	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Tot. 24 Hr. جمع ۲۴ ساعت	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Oral دهان	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
I.V. از راه ورید	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Blood خون	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Urine ادرار	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Other Secretion سایر ترشحات	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Stool مدفوع	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Weight وزن	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
B. P. فشار خون	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب
Temp. حرارت	Ab. جذب	Ex. دفع	Ab. جذب

طرح استانداردسازی و پیوسته نمودار پزشکی کشور ۱۷ / ۱۰۰

Table
(I.O. Charting)

فرم گزارش CPR

۱. مشخصات بیمار:

نام: ساجده نام خانوادگی: رحیمی نام پدر: محمد سن: ۳۵ جنس: زن بخش: قلب

تاریخ مراجعه: ۱۳۹۷/۰۵/۰۵ آدرس: تهران، خیابان ولیعصر، پلاک ۱۰ پزشک معالج: دکتر محمد علی شماره پرونده: ۱۳۷۵۰۹

۲. ساعت اعلام کد ۹۹:

۳. ساعت است قلبی:

۵. حضور به موقع (golden Time) تیم احیاء:	۴. ساعت شروع CPR:	زمان حضور
پزشک حاضر در زمان است قلبی		۵:۰۵:۳۰
پزشک بیهوشی		
پزشک داخلی		
سایر پزشکان		
پرستار بخش		
پرستار A		
پرستار B		
پرستار C		
سایر		

۶. راه هوایی طبق اصول استاندارد باز شده است؟	+	خیر
۷. تهویه هوایی طبق اصول استاندارد انجام شده است؟	+	
۸. A. ۱۷. لریبی طبق اصول استاندارد انجام شده است؟	+	
۹. ماسک قلبی طبق اصول استاندارد انجام شده است؟	+	
۱۰. دستگاه شوک طبق اصول استاندارد استفاده شده است؟	+	
۱۱. جیس میگر طبق اصول استاندارد استفاده شده است؟	+	
۱۲. وسایل اینترنالیون آماده می باشد؟	+	
۱۳. وسایل تهویه هوا آماده می باشد؟	+	
۱۴. الکتریز ساگم آماده می باشد؟	+	
۱۵. ساگن ساگم آماده می باشد؟	+	
۱۶. دستگاه شوک ساگم آماده می باشد؟	+	
۱۷. جیس میگر ساگم آماده می باشد؟	+	
۱۸. دارو ها طبق لیست مصوب انجمن اورژانس آماده می باشد؟	+	

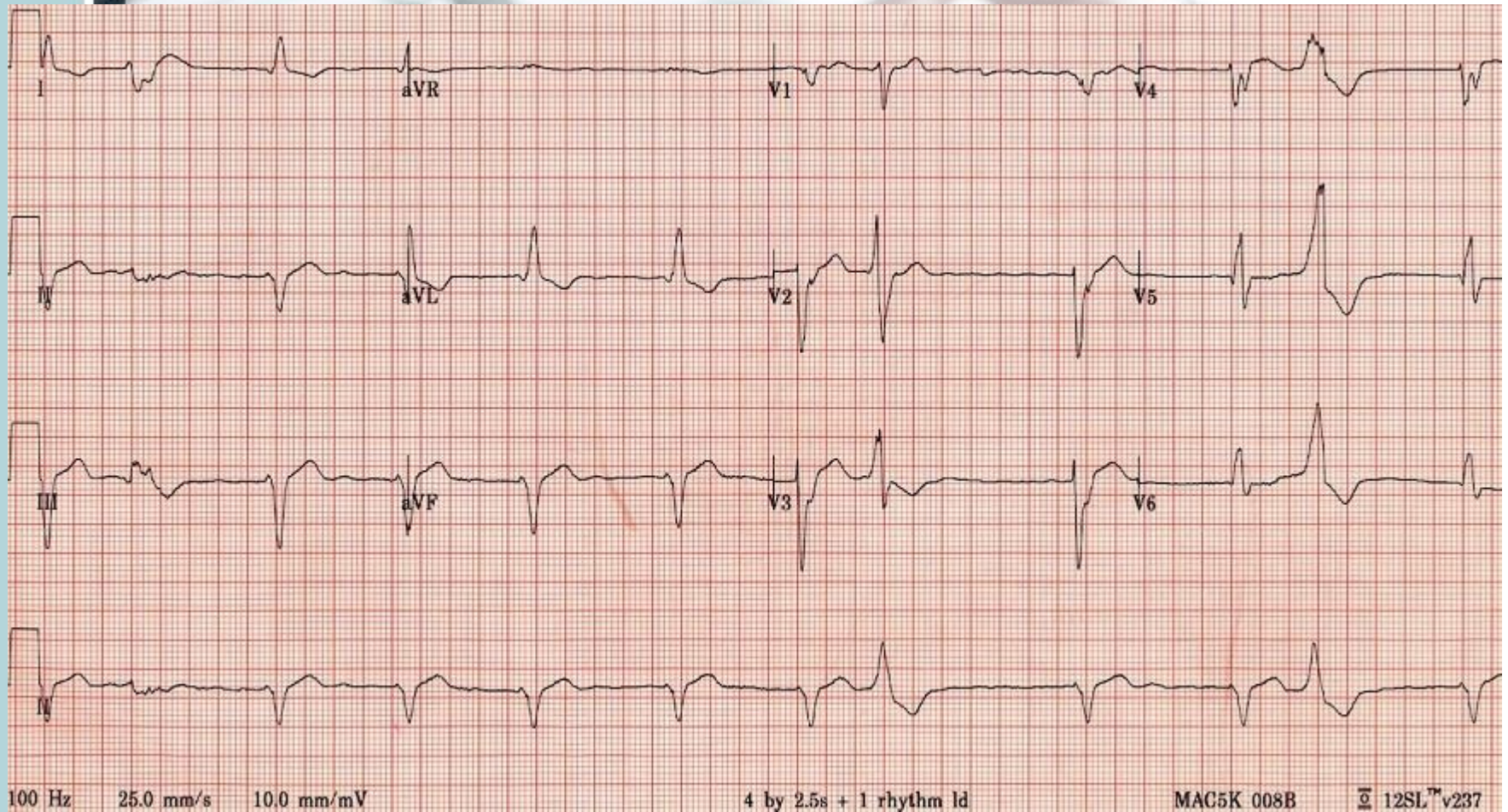
۱۹. نتیجه اقدامات CPR: موافق ☒ ناموافق ☐ ۲۰. ساعت اتمام CPR: ۵:۱۰:۳۰ ۲۱. علت CPR ناموفق:

۲۲. مشکلات مشاهده شده در حین CPR	۲۳. اقدامات	۲۴. گزارش منابع دیگری

نام و امضا پزشک مسئول تیم: دکتر محمد علی محل امضا اعضای تیم: دکتر محمد علی نام و امضای مسئول شیفت: دکتر محمد علی نام و امضای پرستار ویزیت: دکتر محمد علی

♦ خواهشمند است پندهای ۱۱ - ۶ توسط پزشک مسئول تیم و سایر موارد توسط مسئول شیفت تکمیل گردد.

GRAPHIES



Key Qualities of Charting

۱. Factual واقعی بودن
۲. Accurate دقیق بودن
۳. Complete کامل بودن
۴. Timely به موقع بودن
۵. Organized سازماندهی داشتن
۶. Relevant مرتبط بودن
۷. Sequential پی در پی بودن
۸. Legally Prudent قانونی بودن
۹. Conciseness اختصار بودن
۱۰. Confidentiality محرمانه بودن

واقعی بودن Factual

- گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس می کند.
- **گزارش غلط:** بیمار به بی خوابی دچار می باشد.
- **گزارش صحیح:** بیمار اظهار میدارد که شب گذشته ۲ ساعت توانسته است بخوابد.
- **گزارش غلط:** بیمار بی اشتها می باشد
- **گزارش صحیح:** بیمار اظهار میدارد میل به غذا ندارد و از خوردن غذا امتناع می نماید.

واقعی بودن Factual

- از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.
- به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.
- **گزارش غلط:** بیمار کم خون به نظر می رسد.
- **گزارش صحیح:** از ضعف شدید شکایت دارد، BP= 85/45، پوست و مخاط چشم Pale،

دقیق بودن Accurate

- محتوای ثبت باید قابل ارزیابی و دقیق باشد.
- گزارش غلط: بیمار درد دارد.
- گزارش صحیح: بیمار درد خود را در محدوده ۶ از ۱۰ ارزیابی می کند.

دقیق بودن Accurate

- از به کار بردن کلماتی که ممکن است برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود.
- گزارش غلط: بیمار خوب بود
- گزارش غلط: حال عمومی بیمار نسبتاً بد نیست.
- گزارش صحیح: بیمار هوشیار است ، $T=37.2^{\circ}\text{C}$ ، $P=84\text{T}$ ، $R=19$ ، $BP=125/75$ ، از درد شکایت ندارد و ...
- گزارش غلط: فشار خون بیمار طبیعی است
- گزارش صحیح: $BP=125/80$

دقیق بودن Accurate

- محتوای ثبت باید قابل ارزیابی و دقیق باشد.
- گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.
- گزارش صحیح: بیمار 360cc مایعات (آب) از راه دهان مصرف نموده است.
- گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار می باشد.
- گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5cm طول و حدود 2 سانتی متر عمق دارد.

کامل بودن مستندات

- در مسائل قانونی، یک پرونده ناقص، می تواند ایجاد سردرگمی نماید.
- حذف جزئیات، یک اشتباه مهم و عمومی در مستند سازی است.
- البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.

کامل بودن Complete

- در گزارش های مرتبط با اقدامات درمانی و مراقبتی باید به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی، چگونه انجام شده است.

- **گزارش غلط:** دستور های دارویی اجرا شد.

- **گزارش صحیح:** ۱۴۰۲/۹/۱۳ ساعت ۱۰ / آمپول آمپی سیلین ۵۰۰ Mg، IM تزریق شد. / محمدی کارشناس پرستاری

ثبت کامل

• گزارش پذیرش بیمار:

- ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهان و ...)، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.

• شرح حال و شکایات بیمار

کیفیت، شدت، موقعیت، انتشار، زمان و مدت، تکرار، عوامل تشدید کننده، عوامل تسکین دهنده

• علائم (رنگ پوست، علائم حیاتی، وزن و...)

هریافته قابل مشاهده، لمس، دق یا سمع، محل، عوامل مرتبط با آن، خصوصیات قابل توصیف

• یافته های پاراکلینیکی:

- دریافت پاسخ آزمایش ها را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را به طور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید.

• تجویزهای دارویی

نام دارو، زمان مصرف، میزان و راه مصرف، بررسی های انجام شده قبل از مصرف، عکس العمل مددجو، اقدامات انجام شده در صورت بروز عوارض

کنترل I.O

پرستار شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع در ستون مربوطه ثبت نماید.

ثبت کامل

- **Signs:** (استفراغ، تعریق، خونریزی تغییر رنگ پوست و
- **Symptoms:** (درد، تنگی نفس، تهوع، سوزش و) و تغییرات آن اشاره شود.

هر تغییری در وضعیت بیمار گزارش شود.
هر Symptom باید ۸ مشخصه آن ثبت گردد:



1. Quality
2. Quantity/ Severity
3. Location
4. Diffusion
5. Time
6. Duration
7. Aggravating factors
8. Palliative factors

- **ثبت وقایع و حوادث**

نوع حادثه، ساعت و علت وقوع، عواقب حادثه برای بیمار، اقدامات انجام گرفته و نتایج آنها

- **رفتارهای تاثیر گذار بر سلامت مددجو**

زمان بروز، نوع رفتار، عوامل مسبب، عملکرد تیم، عکس العمل مددجو، وضعیت مددجو در حال حاضر

- **آموزش به بیمار:**

هر گونه آموزش ارایه شده به بیمار با ذکر محتوای آموزش، روش آموزش و مدت آموزش، بازخوردهای بیمار ثبت شود.

گزارش کامل

• اقدامات انجام شده

ثبت پروسیجرها: قرار دادن درن، چست تیوب، اکسیژن تراپی، پانسمان زخم، کشیدن بخیه، سوند ادراری، NGT، CPR، دارودرمانی، TPN، کات دان، مانیتورینگ قلبی، ترانسفوزیون خون، نمونه گیری، LP و...

مشخصات: تاریخ و ساعت انجام، نوع پروسیجر و نحوه انجام آن با ذکر دقیق کمیت و کیفیت آن، عکس العمل بیمار، مشاهده ها

ثبت کامل

- اقدامات قابل پی گیری

کلیه موارد قابل پی گیری، نوع آمادگی های لازم وساعت انجام آنها، عکس العمل مددجو

- برنامه ترخیص

- وضعیت عمومی هنگام ترخیص، میزان برآوردهای مورد انتظار، آموزش های ارایه شده، مستندات دال بر درک آموزشها

- گزارش فوت:

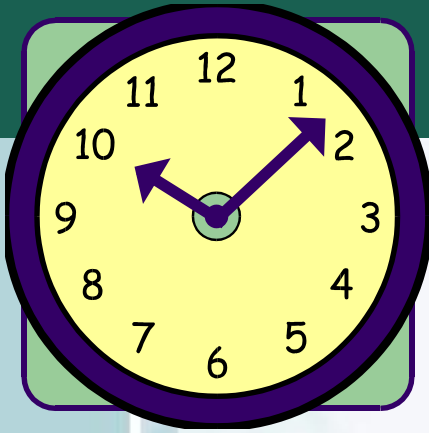
- ثبت ساعت بد حال شدن، نحوه بد حال شدن و علت آن، ساعت اطلاع رسانی، طول مدت عملیات احیا و افرادی که در تیم احیا حضور داشتند، ساعت فوت، الصاق خط صاف الکترو (با EKG) بر روی پرونده بیمار با ذکر تاریخ و ساعت و مهر پزشک

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
The Ministry Of Health & Medical Education

MD-FO-45

Record Of Hospitalization Bar'at ☐ شماره Bar'at ☐ تاریخ تاریخ بستری		Unit Number: ۱۶۷۵۳۶	
بزرگ پذیرش و خلاصه ترخیص ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET			
Ill. No: تاریخ بستری	Marital Status: Married ☐ Single ☐	Sex: Male ☐ Female ☐	Patient's Name: نام
Place Of Work: محل کار	Occupation: شغل	Religion: دین	Place Of Birth: محل تولد
Address & Phone Number: تهران ج خاوران اول فلک ۱۳۵۰۶۹۶			
Address & Phone Number: تهران ج خاوران اول فلک ۱۳۵۰۶۹۶			
Admitted By: ۸۲/۱۰/۲۳			
Discharge Date: ۸۲/۱۰/۲۳			
Policy No: Type Of Insurance: Information To Police:			
To Hospital: To Ward: To Ward:			
Examination & X - Rays (Results):			
Disease Code: Primary Diagnosis: Secondary Diagnosis: Final Diagnosis:			
Operation Code: Operation (with Date):			
Discharge Without Physician Order: Compensatory Improvement: Recovered: Died: Follow: Others:			
Cause Of Death: Before 48 Hours: Over 48 Hours: Death:			
NO. Of Hospitalization: Did The Patient Have Consultation: Yes: No:			
Attending Physician Sign: Resident Sign: Chief Officer of Service Sign:			

بموقع بودن Timely



- ذکر تاریخ الزامی است.
- ثبت زمان بر اساس ۲۴ ساعت انجام شود.
- هیچ گاه قبل از انجام اقدام آن را گزارش نکنید.
- برای ثبت و گزارش با تاخیر بین ۲۴ ساعت بسته به قوانین بیمارستان فرصت هست.
- هیچ گاه ثبت یا گزارش با تاخیر را در بین فاصله ثبت های قبلی ننویسید.
- بعد از انتقال پرونده به بایگانی هیچ ثبت و گزارشی امکانپذیر نیست.

بموقع بودن Timely

- نوشتن تاریخ دقیق و ساعت ثبت و گزارش امری ضروری است.
- همواره باید هنگام مستندسازی، زمان گزارش و زمان انجام اقدام مشخص باشد.
- **گزارش غلط:** ۱۴۰۲/۹/۱۲
- – ساعت ۹ – بیمار جهت انجام گرافی ریه با ویلچیر توسط بیماربر اعزام شد.

گزارش درست:

- ۱۴۰۲/۹/۱۳ – ساعت ۱۳ – بیمار در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۱۳ ساعت ۹ صبح جهت انجام گرافی ریه با ویلچیر توسط بیماربر اعزام شد. (ثبت با تاخیر)

PHYSICIAN ORDERS SHEET

[illegible]

Handwritten notes on lined paper, likely a ledger or notebook. The text is written in cursive and includes various entries, some of which are partially obscured by white redaction boxes.

Visible entries include:

- Top left: *Handwritten text, partially obscured.*
- Top right: *54112* followed by a large bracket and *inf*.
- Second row: *Handwritten text* followed by *4.7* and *6.8*.
- Third row: *Handwritten text* followed by *54112* and *inf*.
- Fourth row: *Handwritten text* followed by *54112* and *inf*.
- Fifth row: *Handwritten text* followed by *2.7* and *1.12*.
- Sixth row: *Handwritten text* followed by *2.7* and *1.12*.
- Seventh row: *Handwritten text* followed by *2.7* and *1.12*.
- Eighth row: *Handwritten text* followed by *3.* and *2.*

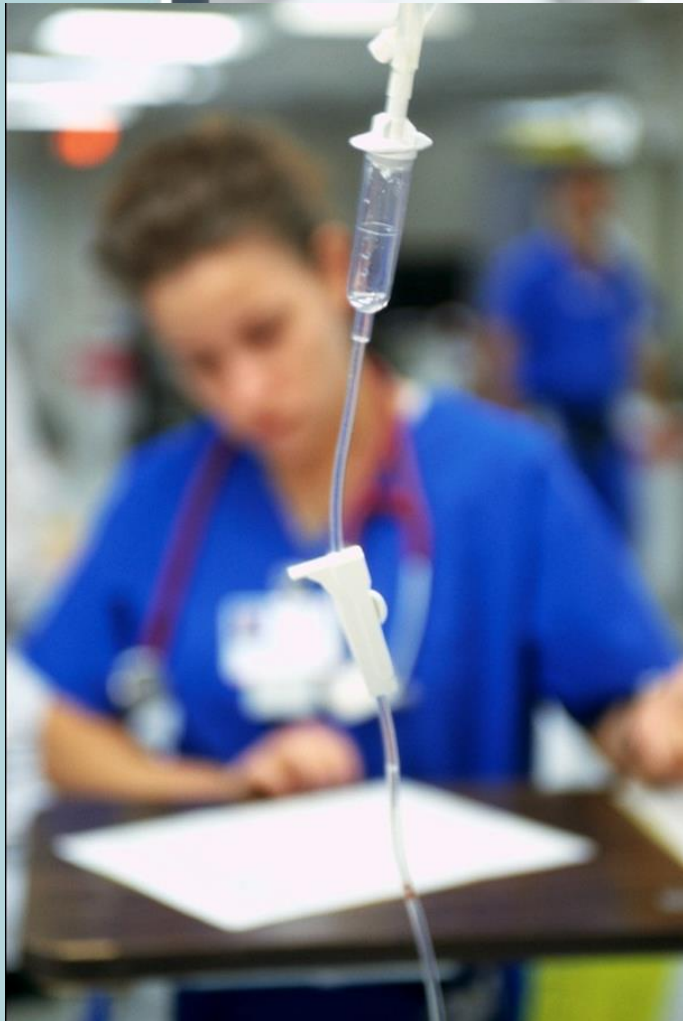
There are two large white rectangular redaction boxes covering portions of the text in the middle of the page.

«برگ دستورات پزشک» PHYSICIAN ORDERS SHEET

امضاء پرستار Sign of Nurses	امضاء پزشک Sign of Physician	دستورات Orders	ساعت Time	تاریخ Date
		استاد محترم سرکارش فاطمه		

سازماندهی داشتن Organized

- هر ثبتی باید در جایگاه خود انجام شود.



No - 20 - 01

برگ شرح حال
MEDICAL HISTORY SHEET

1978/2

Attending Physician:		پرستش معالج:	Ward:	بخش: PCCU	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Admission Date:		تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date Of Birth:	تاریخ تولد: 6/6/64	Father's Name:	نام پدر:
			Bed:	تخت: 7				

Presenting Symptoms: نشانه‌های فعلی بیمار: PC $\rightarrow$ $Hb: 5.5$ $\rightarrow$ $Hb: 11$

تاریخ پذیرش: 6/6/64
تاریخ تولد: 6/6/64

Hb: 5.5

MCV: 90.7

Hct: 22.5

plt: 182,000

Retic: 3.5% 2

NRBC: 15%

Coombs: $\ominus$

History Of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

NL $\leftarrow$ انتروستیNL $\leftarrow$ UIANL $\leftarrow$ S/ENL $\leftarrow$ G6PD

ABG $\left\{ \begin{array}{l} pH: 7.92 \\ pCO_2: 53 \\ HCO_3: 28 \\ O_2 sat: 93\% \end{array} \right.$

Past Disease History: تاریخچه بیماری‌های گذشته:

Inf: Apnea R/O CHD

نیز

برگ سیر بیماری
PROGRESS NOTES SHEET

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1037.

برگ سبز بهاری

		Patient Number: ۱۹۷۵۳۶	
MEDICAL HISTORY SHEET			
Attending Physician: دکتر: طوقول	Ward: P: -	Patient: سجده	Family Name: یوسفی
Admission Date: ۱۳۹۲/۱/۲۳	Room: ۵	Date of Birth: ۱۳۷۴/۵/۲۵	Patient Name: سجده
Presenting Symptom: تنگ سینه قلبی			
History Of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی			
۲ روز پیش تنگی سینه و نفس تنگی منتهی به استفراغ شده است. سابقه بیماری قلبی و دیابت ندارد. در ۲ روز پیش تنگی سینه و نفس تنگی منتهی به استفراغ شده است. سابقه بیماری قلبی و دیابت ندارد. در ۲ روز پیش تنگی سینه و نفس تنگی منتهی به استفراغ شده است. سابقه بیماری قلبی و دیابت ندارد.			
Past Disease History: تاریخچه بیماریهای قبلی			
۳ سال پیش: دیابت نوع ۲. ۵ سال پیش: فشارخون. ۱۰ سال پیش: بیماری قلبی. ۱۵ سال پیش: بیماری قلبی.			
Current Employment & Other Activities: اگر فعالی در حال حرکت و سایر فعالیتها			
در حال حاضر در حال حرکت و سایر فعالیتها.			
Allergy To: حساسیت به			
هیچ حساسیتی ندارد.			
Family History: سابقه خانوادگی			
پدر: بیماری قلبی. مادر: بیماری قلبی.			
Personal Examination & Clinical Investigation: معاینات بدنی و بررسیهای بالینی			
RR: ☐	BP: ☐	HR: ☐	SpO2: ☐
Temp: ☐	Wt: ☐	Ht: ☐	BMI: ☐
ECG: ☐	CXR: ☐	Echo: ☐	Lab: ☐
Please Complete The Back Of The Sheet. لطفا پشت صفحه را تکمیل کنید.			

پی در پی بودن Sequential

- فاصله ای بین ثبت ها نباشد و یا با کشیدن خط فاصله پر شود.
- انتهای ثبت بسته شود.
- هر ثبتی بلافاصله پس از ثبت دیگر نوشته شود.

Observation & Consideration & Sign. Of Nurse

Medical Procedures

Time

خوار در وقت کتب برانستند سر آمد

St-D 100 / 7.5 100^{cc} + 100^{cc} RFP

13/5 / دیروز وقت کتب برانستند سر آمد

Ap A-Kacia 24 mg 5m 10A D 100^{cc}

میتواند از سینه باز شود و سر آمد

Ap Apicollin 60 mg 2P-

حالت بیمار بدتر شده و سر آمد

بیمار کما شده و سر آمد

13/11/50 - ~~1000~~ B.m / cr

ACRH GGPO

K

13/11/50

ایم از بیمار خواسته شد و سر آمد

در وقت کتب برانستند سر آمد

[Large handwritten scribble or signature across the middle of the page]

Observation & Consideration & Sign. Of Nurse	Medical Procedures	Time	Date
مستویات بارش از دست راست	1. Amp cephazolin 1g r	12:00	13/10/0
مستویات بارش از دست چپ	2. Amp cephazolin 1g r	12:00	
مستویات بارش از دست چپ	3. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	4. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	5. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	6. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	7. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	8. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	9. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	10. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	11. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	12. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	13. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	14. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	15. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	16. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	17. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	18. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	19. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	20. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	21. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	22. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	23. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	24. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	25. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	26. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	27. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	28. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	29. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	30. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	31. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	32. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	33. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	34. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	35. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	36. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	37. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	38. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	39. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	40. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	41. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	42. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	43. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	44. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	45. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	46. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	47. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	48. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	49. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	50. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	51. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	52. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	53. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	54. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	55. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	56. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	57. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	58. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	59. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	60. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	61. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	62. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	63. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	64. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	65. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	66. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	67. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	68. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	69. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	70. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	71. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	72. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	73. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	74. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	75. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	76. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	77. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	78. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	79. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	80. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	81. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	82. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	83. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	84. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	85. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	86. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	87. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	88. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	89. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	90. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	91. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	92. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	93. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	94. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	95. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	96. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	97. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	98. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	99. Amp cephazolin 1g r	12:00	
	100. Amp cephazolin 1g r	12:00	



چنانچه مستند سازی را در پشت صفحه
یا در یک برگه دیگر ادامه می‌دهید، کلمه
(ادامه در صفحه بعد یا پشت صفحه) را در پایین
صفحه اول نوشته و مجدداً در صفحه بعد
تاریخ و ساعت و مشخصات بیمار و شماره
پرونده وی را ثبت نمایید و سپس ادامه
گزارش را بنویسید

Legally Prudent قانونی بودن

ثبت باید خوانا و تمیز باشد.
مسئولیت ثبت ناخوانا با فرد ثبت کننده است و دیگران ملزم به
پیروی و اجرای آن نیستند.

بسم الله

الحمد لله رب العالمين

الحمد لله

الحمد لله رب العالمين

الحمد لله

الحمد لله

الحمد لله رب العالمين

الحمد لله

الحمد لله

الحمد لله رب العالمين

لے
۱۱ اترل کسک

29.10

۱۱ لے فالو کسک

29.10

11

۱۱ لے کسک

Legally Prudent قانونی بودن

- درج امضا همراه نام و مرتبه علمی ثبت کننده
- دستور زبان و املاي صحيح
- به اختصار نوشتن
- ثبت با خودکار آبی یا مشکی
- در صورت ثبت اشتباه فقط یک خط قرمز / آبی روی آن کشیده شود و صحيح آن نوشته شود. در ذیل عبارت اشتباه باید امضا نمود.
- مطلقاً نباید روی اشتباه را لاک گرفت یا آن را محو نمود.

Forms of Tampering

- گنجاندن ثبت در بین ثبت های قبلی.
- خارج کردن برگه از پرونده
- محو کردن ثبت از پرونده: خط زدن، لاک گرفتن، پاک کردن، پاره کردن و ...

Draw lines through empty spaces.

امضاء پرستار Sign of Nurses	امضاء پزشک Sign of Physician	دستورات Orders	ساعت Time	تاریخ Date
		Handwritten signature		
		لغی		
		۱۱ کنترل کلسیم	۲۹. ۱۰	
		۱۲ / ۱۳ / ۱۴ / ۱۵ / ۱۶ / ۱۷ / ۱۸ / ۱۹ / ۲۰ / ۲۱ / ۲۲ / ۲۳ / ۲۴ / ۲۵ / ۲۶ / ۲۷ / ۲۸ / ۲۹ / ۳۰ / ۳۱ / ۳۲ / ۳۳ / ۳۴ / ۳۵ / ۳۶ / ۳۷ / ۳۸ / ۳۹ / ۴۰ / ۴۱ / ۴۲ / ۴۳ / ۴۴ / ۴۵ / ۴۶ / ۴۷ / ۴۸ / ۴۹ / ۵۰ / ۵۱ / ۵۲ / ۵۳ / ۵۴ / ۵۵ / ۵۶ / ۵۷ / ۵۸ / ۵۹ / ۶۰ / ۶۱ / ۶۲ / ۶۳ / ۶۴ / ۶۵ / ۶۶ / ۶۷ / ۶۸ / ۶۹ / ۷۰ / ۷۱ / ۷۲ / ۷۳ / ۷۴ / ۷۵ / ۷۶ / ۷۷ / ۷۸ / ۷۹ / ۸۰ / ۸۱ / ۸۲ / ۸۳ / ۸۴ / ۸۵ / ۸۶ / ۸۷ / ۸۸ / ۸۹ / ۹۰ / ۹۱ / ۹۲ / ۹۳ / ۹۴ / ۹۵ / ۹۶ / ۹۷ / ۹۸ / ۹۹ / ۱۰۰	۱۲ PM	

Treatment Progresses

BP = 95/65 تاریخ: ۲۹. ۱۰ ساعت: ۱۲ PM درمان: ۱۱ / ۱۲ / ۱۳ / ۱۴ / ۱۵ / ۱۶ / ۱۷ / ۱۸ / ۱۹ / ۲۰ / ۲۱ / ۲۲ / ۲۳ / ۲۴ / ۲۵ / ۲۶ / ۲۷ / ۲۸ / ۲۹ / ۳۰ / ۳۱ / ۳۲ / ۳۳ / ۳۴ / ۳۵ / ۳۶ / ۳۷ / ۳۸ / ۳۹ / ۴۰ / ۴۱ / ۴۲ / ۴۳ / ۴۴ / ۴۵ / ۴۶ / ۴۷ / ۴۸ / ۴۹ / ۵۰ / ۵۱ / ۵۲ / ۵۳ / ۵۴ / ۵۵ / ۵۶ / ۵۷ / ۵۸ / ۵۹ / ۶۰ / ۶۱ / ۶۲ / ۶۳ / ۶۴ / ۶۵ / ۶۶ / ۶۷ / ۶۸ / ۶۹ / ۷۰ / ۷۱ / ۷۲ / ۷۳ / ۷۴ / ۷۵ / ۷۶ / ۷۷ / ۷۸ / ۷۹ / ۸۰ / ۸۱ / ۸۲ / ۸۳ / ۸۴ / ۸۵ / ۸۶ / ۸۷ / ۸۸ / ۸۹ / ۹۰ / ۹۱ / ۹۲ / ۹۳ / ۹۴ / ۹۵ / ۹۶ / ۹۷ / ۹۸ / ۹۹ / ۱۰۰ BP = ۱۰۰/۶۰	تاریخ: ۲۹. ۱۰ ساعت: ۱۲ PM درمان: ۱۱ / ۱۲ / ۱۳ / ۱۴ / ۱۵ / ۱۶ / ۱۷ / ۱۸ / ۱۹ / ۲۰ / ۲۱ / ۲۲ / ۲۳ / ۲۴ / ۲۵ / ۲۶ / ۲۷ / ۲۸ / ۲۹ / ۳۰ / ۳۱ / ۳۲ / ۳۳ / ۳۴ / ۳۵ / ۳۶ / ۳۷ / ۳۸ / ۳۹ / ۴۰ / ۴۱ / ۴۲ / ۴۳ / ۴۴ / ۴۵ / ۴۶ / ۴۷ / ۴۸ / ۴۹ / ۵۰ / ۵۱ / ۵۲ / ۵۳ / ۵۴ / ۵۵ / ۵۶ / ۵۷ / ۵۸ / ۵۹ / ۶۰ / ۶۱ / ۶۲ / ۶۳ / ۶۴ / ۶۵ / ۶۶ / ۶۷ / ۶۸ / ۶۹ / ۷۰ / ۷۱ / ۷۲ / ۷۳ / ۷۴ / ۷۵ / ۷۶ / ۷۷ / ۷۸ / ۷۹ / ۸۰ / ۸۱ / ۸۲ / ۸۳ / ۸۴ / ۸۵ / ۸۶ / ۸۷ / ۸۸ / ۸۹ / ۹۰ / ۹۱ / ۹۲ / ۹۳ / ۹۴ / ۹۵ / ۹۶ / ۹۷ / ۹۸ / ۹۹ / ۱۰۰ BP = ۱۰۰/۶۰
---	---



بزرگ کردن

CT Report

شایعه فشارگی با هیپوآزیفک و با ادم در مغز مشهود نیست بسته بودن فونتانل ها دیده میشود که عامل دپورمینی جنیه میباشد. C.T

گواهی نوراکولیدوس

سایر قلب بزرگتر از طبیعی است CDH دو طرفه پاشدیت بیشتر در طرف چپ دیده میشود استخوانی بر اساس کمتر از ۴ ماه بررسی بهتر با زانو توصیه میشود

Reprinted



Attending Physician: (پزشک معالج)	Ward: (بخش)	Name: (نام)	Family Name: (نام خانوادگی)
Date of Admission: (تاریخ پذیرش)	Room: (اتاق)	Date of Birth: (تاریخ تولد)	Father Name: (نام پدر)
Occupation: (تاریخ ترخیص)	Occupation: (شغل)	Married status: (وضعیت تاهل)	Sex: (جنس)
		Married ☐ Single ☐	Male ☒ Female ☐
Address & Phone No: (آدرس و شماره تلفن)			

Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis: (شرح حال بیمار و تشخیص اولیه)

Final Diagnosis: (تشخیص نهایی)

Medical & Surgical Procedures: (عملیات پزشکی و جراحی)

Results of Paraclinical Examination: (نتایج آزمایشات پاراکلینیک)

Disease Progress (Cause of Death): (پیشرفت بیماری (علت مرگ))

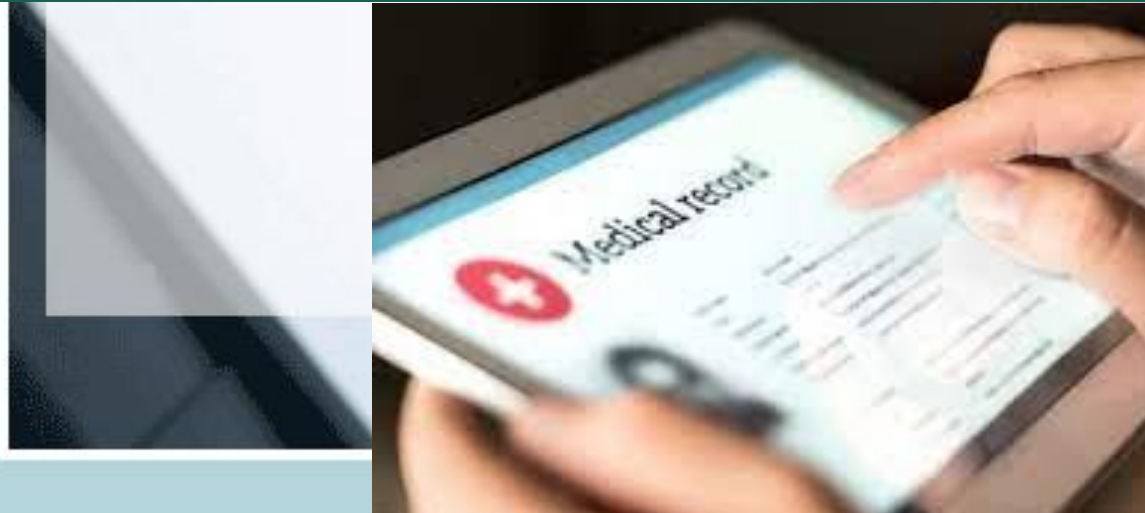
Patient's Condition on Discharge: (وضعیت بیمار هنگام ترخیص)

Recommendations after Discharge: (توصیهات پس از ترخیص)

Attending Physician's Name & Signature: (نام و امضای پزشک معالج)

Legally Prudent قانونی بودن

- چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط اولین فرد نویسنده گزارش به طور کامل تکمیل و ثبت شود.



Legally Prudent قانونی بودن

- قبل از هر ثبتی باید گزارش پرستاری قبلی را مطالعه نمایید.
- نباید در ثبت دیگران مداخله نمود.
- از اضافه نمودن به ثبت قبلی اجتناب کنید.
- اگر اقدامی را انجام دادید، خودتان هم ثبت کنید.
- محرمانه نگهداشتن اطلاعات
- کلمات نقل قول از مددجو داخل " " نوشته شود.
- اشتباهات مستندسازی شود.

Legally Prudent قانونی بودن

- **Drug doses:**
- Hypo versus. hyper.
- Avoid terminal zeros: **10.0mg** (would give 10x dose).
- **Use approved abbreviations:**
 - Example: **BS**. Is it breath sounds vs. blood sugar vs. bowel sounds vs. bedside?

- در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد.



برگه رضایت نامه

- رضایت باید آگاهانه باشد.
- لذا تمام اطلاعات مربوط به بیمار، امضا کننده، نوع بیماری و موضوع رضایت باید در برگه به زبان فارسی ذکر شود.



۸۵-۴۰۰۰۱

اعلام برالت از ذمه و ديه پزشكان از هرگونه ضمان قانوني و شرعي ناشي از فعاليتات پزشكي و جراحي

اینجانبان امضاء کنندگان زیر با اطلاع کامل از وضعیت بیمار

میرباشد

که دچار

دارد

ساجد پور

خانم
آقای

و نیاز به عمل جراحی

با توجه به اطلاعات داده شده در مورد عمل جراحی و احتمال بروز عوارض گوناگون از جمله نقص عضو یا فوت

ناشی از بیهوشی یا عمل جراحی و با متعاقب آن برای بیمار پیش آید مطلع و برالت ذمه و ديه پزشك یا پزشكان معالج

اعم از متخصصین، جراحان، متخصصین بیهوشی و ... مشاورین و مقامات ذیربط مرکز آموزشی درمانی را از هرگونه

ضمان قانوني و شرعي ناشي از فعاليتات پزشكي و جراحي اعلام میدارم و ادعای هرگونه خسارتي را از طرف خود ساقط

مینمایم و هیچگونه ادعای حق و حقوقی را در حال حاضر و آینده نخواهیم داشت و نهایت همکاری را با مسئولین

مرکز آموزشی درمانی در مورد تهیه و مسائل طبی احتمالی مورد نیاز و در عین صورت بیمار بعمل خواهیم آورد.

محل امضاء یا اثر انگشت

نام خانوادگی

نام

محل امضاء بیمار

مشخصات و آستانگان بیمار:

بیمار

بیمار

بیمار

نام

نام

نام

نام خانوادگی

نام خانوادگی

نام خانوادگی

محل امضاء یا اثر انگشت

محل امضاء یا اثر انگشت

محل امضاء یا اثر انگشت

شاهدان:

سرپرستار بخش

۱- مشاور اجتماعی مرکز

نام

نام

نام خانوادگی

نام خانوادگی

محل امضاء و مهر

محل امضاء و مهر

اینجانب زینب دهنوی مدیر شیرخوارها مجدداً رضایت خود را
از انجام CT Scan without contrast
با اطلاع کامل از عوارضات Prospect



۱۳۹۸/۰۱/۰۳



دستورهای پزشک

- پرستاران باید به شکلی (معمولا با علامت چک مارک) در فرم دستورهای پزشک نشان دهند که دستورها ملاحظه شده است.
- تاریخ و ساعت چک شدن دستور توسط پرستار باید ذکر شود.
- پزشک باید در انتهای دستورها، آنها را ببندد، در صورتی که این امر توسط پزشک انجام نشود، باید توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود (جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) بسته شود.

درخواست های مشاوره، آزمایش، گرافی و...

- گزارش های مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد.
- دستورهای پزشک مشاوره فقط در صورتی که توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچ گاه به طور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
The Ministry Of Health & Medical Education
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
The Iran University Of Medical Science

پاکستان در حال آموزش : حضرت رسول اکرم ص

واست مشاوره

NO-FD-03

CONSULTATION REQUEST SHEET

197836

Referring physician نام پزشک ارجاع دهنده	Word: <i>PCV</i> کلمه	Name: <i>محمد</i> نام	Family Name: <i>محمد</i> نام خانوادگی
Date of Admission: <i>۸۵/۱۱/۲۵</i> تاریخ پذیرش	Room: <i>۵</i> اتاق	Date: <i>۸۵/۱۱/۲۵</i> تاریخ تولد	Father's Name: <i>محمد</i> نام پدر
Date of Request: <i>۸۵/۱۱/۲۵</i> تاریخ درخواست	Consultation Re. and With: <i>PCV</i> درخواست مشاوره و با	Date of Request: <i>۱۱/۸/۸۵</i> تاریخ درخواست	
Kind of Consultation: <i>Non-Emergency</i> نوع مشاوره	Name of Requestive physician: <i>سید علی</i> نام پزشک درخواست کننده	Non-Emergency: <i>غیر اورژانس</i> Emergency: <i>اورژانس</i>	
Primary Diagnosis: <i>CHD + Hypothyroidism + FTT</i> تشخیص اولیه			
Object of Consultation & Clinical Notes: <i>CHD + Hypothyroidism + FTT + VSD + TORCH</i> موارد استعلام و توضیحات بالینی			
Consultation physician Name & Sign: <i>دکتر سید علی</i> نام و امضای پزشک استعلام کننده			

نمی توان چند
مشاوره را در یک
برگه درخواست
نمود.

موارد غیر مرتبط

- پرونده بیمار محل شکایت نیست.
- کمبود پرسنل ، نارضایتی از مدیریت، نبود تجهیزات و... نباید در پرونده بیمار گزارش شود.
- از به کار بردن عبارات عاطفی و هیجانی در پرونده خودداری کنید: متأسفانه، علی رغم و
- در صورتی که یک یا چند مورد از دستورهای پزشک بنا به عللی اجرا نشد (مثل عدم همکاری بیمار، نبود دارو و ...)، ضروری است دستورهای اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود.

محرمانه بودن

- کلیه گزارش ها باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد.
- چه کسانی حق استفاده از مطالب پرونده را دارند:
- قبل از بایگانی: تیم درمان و مراقبت، مراجع قانونی، بیمار و وکیل قانونی بیمار
- پس از بایگانی: مراجع قانونی، بیمار و وکیل قانونی بیمار
- بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده را بدون اجازه بیمار ندارد.

صدور دستورهای تلفنی پزشک :

- در تماس تلفنی سریع صحبت نکنید .
- نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص او را مشخص کنید.
- برای پیشگیری از خطا در درک دستورهای تلفنی از پرستار بخواهید مجدداً دستور را به طور روشن بیان کند.
- هر نوع دستور را مجدداً برای پرستار تکرار کنید.
- حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد پرونده را امضا کنید.

اخذ دستور تلفنی :

- در تماس تلفنی سریع صحبت نشود .
- حتما از یک همکار به عنوان شاهد استفاده شود.
- نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص او مشخص گردد.
- برای پیشگیری از خطا در درک دستورهای تلفنی از پزشک خواسته شود که مجدداً دستور را به طور روشن بیان کند.
- هر نوع دستوری مجدداً برای پزشک تکرار گردد.
- گزارش تماس تلفنی در پرونده ثبت شود.
- حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد، گزارش توسط پزشک امضا شود.

نکات مهمی که در ثبت نباید انجام داد:

ثبت عقاید شخصی

دست کاری نوشته ها

نوشتن کار انجام نشده

کارشناسی گزارشات

عدم ثبت به علت حجم کار

اعتماد کردن به حافظه

لاک گرفتن کلمات

روی هم نویسی کلمات

ایجاد فضای خالی بین نوشته ها

فرضیه و گمان سازی

نتیجه گیری و سرزنش کردن

و اما...

هر نوع تحریف، تغییر، تزویر، جعل، طفره رفتن، سستی و کوتاهی در ثبت اطلاعات مربوط به وقایع پزشکی جزو جعل معنوی و مادی محسوب گردیده و قابل اثبات و مجازات کیفری می باشد. (مواد ۵۳۸، ۵۲۳، ۵۳۶، ۵۳۹، ۵۴۰ قانون مجازات اسلامی)

به یاد داشته باشید که:

**« جهل به قانون
رافع مسئولیت کیفری نیست »**

موفق و سرافراز
باشید.

