



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم

## اصول تشخیص نویسی در پرونده بیماران



آمار و اطلاع رسانی دانشکده

تیرماه 1386

تهیه و تنظیم:

وجیهه رحمانیان

میتراقسوری

## فهرست مطالب

|       |       |                                    |
|-------|-------|------------------------------------|
| 1-4   | ..... | مقدمه                              |
| 5-7   | ..... | عبارت تشخیصی                       |
| 8-10  | ..... | دستورالعمل های ثبت عبارات تشخیصی   |
| 11-13 | ..... | Neoplasm                           |
| 14    | ..... | Infectious Disease                 |
| 15    | ..... | Fractures                          |
| 16    | ..... | Burn                               |
| 17-19 | ..... | Poisoning                          |
| 20    | ..... | Delivery                           |
| 21    | ..... | Rule Out                           |
| 22    | ..... | Ruled Out                          |
| 23    | ..... | Symptoms-Sing and abnormal finding |
| 24    | ..... | Multiple Condition                 |
| 25    | ..... | Post Procedural Disorder           |

26- 27 ..... Sequela Or Late Effect

28 ..... External Cause

29-32 ..... دستورالعمل های ثبت اقدامات درمانی

33-34 ..... منابع

داده های مربوط به تشخیص مهمترین داده های پرونده پزشکی محسوب می شوند که معمولاً در قالب عبارات تشخیصی مستند می گردد. عبارت تشخیصی موضوع پرونده را مشخص کرده و باید حاوی اطلاعات کامل و مفیدی باشد و بنحوصحیح و کامل توسط پزشک معالج ثبت گردد. از نظر سازمان بهداشت جهانی مسئولیت ثبت تشخیص کامل به عهده پزشک معالج می باشد. اهمیت اصلی ثبت دقیق عبارت تشخیصی در درجه اول برای استفاده خود بیمار بوده اما استفاده از آن برای سایر مقاصد از جمله تعیین فراوانی بیماریها، شناخت مدیریت نظام های بهداشتی درمانی تدابیر مربوط به پیشگیری از بیماریها و نیز تحقیقات و مقایسه نتایج معاینات، معالجات و سوابق بیماریها که در پرونده پزشکی ثبت گردیده دارای اهمیت بسیار است

تشخیص های پرونده های بالینی در تحقیقات و مطالعات پزشکی و اپیدمیولوژی و گاهی ارزشیابی گروههای بیمارستانی کاربرد دارند، لذا نقص در ثبت آنها موارد مذکور را دچار اختلال کرده و یاب به تاخیر می اندازد.

تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که 68% محققین، اطلاعات مدارک پزشکی نظیر ثبت تشخیص ها و اقدامات راناقص می دانند و عملکرد پزشکان از نظر تکمیل پرونده بیماران بخصوص در ثبت آزمایشات، تشخیص ها و اقدامات درمانی ضعیف است.

بررسی های انجام شده نشان می دهد که یکی از علل اساسی و مهم استاندارد نبودن ثبت تشخیص ها و اقدامات، عدم آگاهی پزشکان از این استانداردها است استانداردهای تشخیص نویسی توسط سازمان جهانی بهداشت در قالب کتاب ICD-10 که دربرگیرنده دستورالعمل های عمومی و خاص تشخیص نویسی، اقدامات و علل خارجی حوادث است، در 21 فصل ارائه شده است که در سراسر دنیا توسط کدگذاران بخش مدارک پزشکی مراکز درمانی مورد استفاده قرار می گیرد عدم ثبت کامل تشخیص ها و اقدامات درمانی در پرونده های بالینی امکان طبقه بندی دقیق آنها را از کدگذاران سلب می کند و در نهایت اطلاعات کامل و باارزشی از چرخه اطلاعات تصمیم گیران حذف می شود.

یافته های حاصل از پژوهشی که با هدف بررسی میزان رعایت اصول تشخیص نویسی برحسب گروه های بالینی در بیمارستان های آموزشی شهرستان جهرم در سال 1385 انجام گردید نشان داد که عملکرد پزشکان شاغل در بیمارستان های این شهرستان در موارد ذیل ضعیف است:

◀ ذکر ماده یا داروی مسمومیت زادر موارد مسمومیت

◀ ذکر میکروارگانسیم عفونت زا در بیماری های عفونی

◀ استفاده از اختصارات استاندارد

◀ استفاده از علائم و نشانه ها به جای تشخیص

◀ ذکر مواضع چپ و راست

◀ خوانا بودن دست خط پزشکان

◀ ذکر علت خارجی

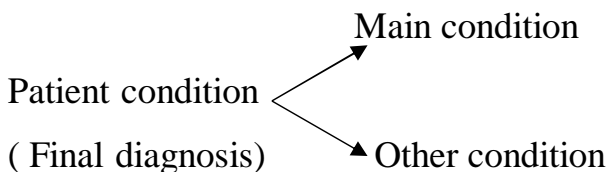
◀ ذکر مکان وقوع حادثه

از آنجا که مسئولیت تکمیل بودن پرونده بالینی بیمار به عهده پزشک معالج وی می باشد ذکر این نکات لازم است که: فقدان فرم خلاصه پرونده در کلیه پرونده های بررسی شده و فقدان فرم شرح حال به میزان (86/3%) در گروه بالینی زنان و زایمان قابل توجه است.

همچنین در اکثر پرونده های بررسی شده مربوط به این گروه بالینی در محل ثبت تشخیص بیماری عمل جراحی انجام شده برای بیمار ذکر شده و تشخیص بیماری فرد ذکر نگردیده بود.

کتابچه حاضر با هدف ارائه نکاتی در زمینه ثبت دقیق و علمی اطلاعات پزشکی تدوین گردیده، امید است مندرجات آن در جهت ارتقای کیفیت ثبت داده ها در پرونده های پزشکی و به عنوان راهنمایی برای مستندسازان اطلاعات پزشکی مورداستفاده قرار گیرد.

## عبارت تشخیصی



عبارت تشخیصی براساس وضعیت اصلی (Main condition) وسایر وضعیت ها (Other Condition) ثبت می گردد.

Main condition: مهمترین وضعیتی است که در پایان دوره مراقبت تشخیص داده شده است و مقدماتاً نیاز بیمار به درمان و بررسی می باشد. اگر بیشترین وضعیت در پایان دوره مراقبت بیمار وجود داشته باشد، وضعیتی که بیشترین استفاده از امکانات و منابع درمانی را به خود اختصاص داده یا بیشترین مراقبت را به خود معطوف نموده و یا از نظر پزشکی وخیم تر بوده و از شدت بیشتری برخوردار بوده است، بایستی به عنوان تشخیص اصلی ثبت گردد. تشخیص موارد فوق بعهدہ پزشک معالج بیمار می باشد.

حال اگر در پایان دوره مراقبت، هیچ تشخیصی ارائه نشده باشد، بایستی مهمترین علامت اصلی، یافته غیر طبیعی و یا مشکل اصلی بیمار را به عنوان وضعیت اصلی انتخاب نمود.



Other Condition: وضعیت هایی که دلیل اصلی پذیرش و مراجعه بیمار به بیمارستان نبوده، اما بر مراقبت فعلی بیمار اثر گذاشته است (اثر بر نحوه مراقبت، طول مدت اقامت و نوع دارو) سایر وضعیت ها را تشکیل می دهند. البته وضعیت هایی که مربوط به دوره مراقبت قبلی فرد بوده و هیچ ارتباطی با مراقبت کنونی ندارد، نبایستی ثبت گردند.

سایر وضعیت ها عموماً در دسته گروه بندی می شود:

#### 1. Comorbidity یا Coexisting Condition: بیماریهای همراه یا

وضعیتهایی هستند که قبل از پذیرش بیمار در بیمارستان وجود داشته و معمولاً به مدت اقامت بیمار در بیمارستان می افزایند.

#### ۲. Complication: عوارض درمان، اقدامات درمانی یا بیماریهایی

هستند که بعد از پذیرش بیمار در مرکز درمانی بوجود آمده و به مدت اقامت بیمار می افزایند.


در هر مرحله مراقبت و درمان، پزشک معالج مسئول ثبت وضعیت اصلی و سایر وضعیت ها در پرونده پزشکی بیمار بوده و برای ثبت اطلاعات بایستی از روش استاندارد تبعیت نماید و هر شرح تشخیص به منظور طبقه بندی تا جایی که ممکن است بایستی حاوی تمام اطلاعات بوده تا بتواند در اختصاصی ترین رده ی طبقه بندی مربوط به خود جای گیرد و در نهایت مقایسه های بین المللی را آسان سازد.

رعایت نکاتی که در صفحات بعد ذکر خواهد شد در هنگام ثبت تشخیص ضروری بوده و موجب دسته بندی مناسب داده های تشخیصی و درمانی می گردد.

## دستورالعمل های ثبت عبارات تشخیصی

هر عبارت تشخیصی باید حاوی اطلاعات کامل و مفیدی باشد و به نحو صحیح و کامل توسط پزشک ثبت گردد. یک عبارت تشخیصی کامل

باید شامل موارد ذیل باشد:

Diagnosis ویژگیهای :  Complete  
Adequate  
Accurate

بطور مثال: اگر فردی مبتلا به خونریزی مزمن بوده و به دنبال آن مبتلا به آنمی شده باشد و به جای فقر آهن ثانویه به خونریزی، فقط به کلمه آنمی اکتفا شود، در زمان کدگذاری با اینکه کد آنمی را می گیرد، ولی این کد، دیگر نشان دهنده بیماری فرد مبتلا نخواهد بود. زیرا در سیستم طبقه بندی مورد استفاده 15 کد کلی تحت عنوان آنمی وجود دارد که در مجموع حدود 70 تشخیص مختلف را شامل می شود .

چند کلمه تشخیصی نامشخص و مبهم و اشکال کامل و مناسب آنها

| نامشخص و مبهم | کامل و مناسب                            |
|---------------|---|
| Shock         | Septic shock                            |
| Diabetes      | Insulin dependent diabetes mellitus     |
| Pneumonia     | Pneumococcal pneumonia                  |
| Malnutrition  | Sever protein calorie malnutrition      |
| UTI           | Urinary Tract Infection due to E – coli |
| Septicemia    | Streptococcal septicemia                |
| Otitis        | Acute suppressive otitis media          |

تاعبارت تشخیصی بنموصمیع وکامل توسط پزشک ثبت نگرد

نمی تواندبه درستی کدگذاری شود.

یک عبارت تشخیصی کامل بایستی حتی الامکان شامل موارد زیر باشد:

• علت بیماری (Etiology)

• تظاهرات کلینیکی (Manifestation)

• موضع آناتومیکی (Anatomical site)

• نوع دقیق و خاص حالت یا بیماری (Specific kind of condition)

برای مثال:

• Anemia due to blood loss from chronic gastric ulcer

↓  
Manifestation

↓  
Etiology Entity

• Acute myocardial infarction of inferolateral wall

↓  
Anatomical site

• Gonococcal cystitis

↓  
Specific kind of condition

## :Neoplasm

در مورد نئوپلاسم ها، ثبت موارد زیر ضروری است:

- موضع آناتومیکی نئوپلاسم (Anatomical site):
  - مورفولوژی نئوپلاسم (Morphological type)
  - رفتار نئوپلاسم (Behaviour)
- رفتار نئوپلاسم بر اساس 5 گروه زیر مشخص می گردد:

**الف:** نئوپلاسم خوش خیم (Benign neoplasm)

**ب:** نئوپلاسم بدخیم اولیه (Primary malignant neoplasm)

**ج:** نئوپلاسم بدخیم ثانویه (Secondary malignant neoplasm)

**د:** نئوپلاسم در محل اولیه (Neoplasm In Situ)

**ذ:** نئوپلاسم با رفتار نامشخص (Unknown Or Uncertain Behavior)

- اختلال در عملکرد بافت یا غدد درون ریز
- Carcinoma of sigmoid colon with small metastatic nodules on liver
  - ↓ Morphology
  - ↓ primary Anatomical site
  - ↓ Behavior
  - ↓ secondary Anatomical site

## سایرنکات در هنگام ثبت تشخیص نئوپلاسم ها عبارتند از:

1- در صورتی که بیمار دارای نئوپلاسم اولیه و ثانویه باشد، باید به روشنی مشخص گردد که در این دوره از مراقبت، درمان به کدامیک از موارد (موضع اولیه یا موضع ثانویه) اختصاص یافته است.

طبق قوانین سازمان جهانی بهداشت چنانچه صراحتاً ذکر نگردد مراقبت و درمان به کدام موضع اختصاص یافته است. مواضع اولیه به عنوان تشخیص اصلی در نظر گرفته می شود.

2- چنانچه بیمار با سابقه خانوادگی نئوپلاسم مراجعه نموده باشد (خواه خود دارای نئوپلاسم باشد یا نباشد) وجود سابقه خانوادگی باید ثبت گردد.

3- در هنگام ثبت اصطلاح تشخیصی نئوپلاسم، استفاده از کلمه (OF) یا بعضی روشهای نوشتاری که نیازمند تفسیر است، احتمال اشتباه را افزایش می دهد بهتر است اصطلاح تشخیصی به وضوح ثبت گردد. مثال:

1. Metastatic Carcinoma Of Cervix
2. Cervical Cancer, Metastatic
3. Cervical Cancer (Metastatic From Breast).

از آنجا که در مثال های 1 و 2 دقیقاً مشخص نیست سرطان گردن رحم  
موضع اولیه است یا ثانویه، طبق قانون سازمان بهداشت جهانی، این  
تشخیص، اولیه در نظر گرفته می شود. لذا توصیه می گردد تشخیص  
مورد نظر مانند مثال شماره 3 ثبت گردد.

4- چنانچه پزشک با چند نئوپلاسم اولیه مستقل و با شدت یکسان  
روبرو گردد، ثبت اولیه بودن نواحی مختلف در شرح تشخیص ضروری  
است.

مثال: Myeloma and adenocarcinoma of prostate (both primary site)



## Infectious diseases

درمورد بیماریهای عفونی و یا هر بیماری ناشی از عوامل میکروبی باکتریایی

و... شرح تشخیص حداقل باید شامل موارد زیر باشد:

• موضع عفونت (Infection site)

• عامل عفونت ز (Infection organism)

- Meningococcal pericarditis

مثال:

-Chronic pyelonephritis due to E-Coli

## Fractures

در شرح تشخیص شکستگی ها موارد زیر به روشنی مشخص و ثبت

گردد:

- موضع آناتومیکی شکستگی (Anatomical Site)
- شکل شکستگی (Shape of fx)
- باز یا بسته بودن شکستگی (Open or close fx)
- صدمات و جراحات همراه شکستگی (Other injuries)
- علت شکستگی (Cause of fx)
- محل وقوع حادثه (Place of injury)

مثال:

- Open fracture of neck of femur following a fall at home

↓ ↓ ↓ ↓  
شکستگی باز      محل شکستگی      علت      محل حادثه

- Compound depressed fracture of occipital bone with

↓ ↓  
شکل شکستگی      محل شکستگی

intracranial hemorrhage due to collision between two cars.

↓ ↓  
جراحات همراه شکستگی      علت شکستگی

## Burn

در شرح تشخیص سوختگی ها، موارد زیر حتماً ثبت گردد:

- موضع آناتومیکی (Anatomical Site)
- درجه سوختگی (Depth of burn)
- علت خارجی سوختگی (External cause of burn)
- درصد یا وسعت سوختگی (Extent)
- عوارض بالینی همراه با سوختگی

مثال:

- Third degree burn of thigh and knee due to explosion of petrol

↓                      ↓  
درجه سوختگی      محل سوختگی

bomb in war field ( 15% of body surface involved).

↓                      ↓  
علت سوختگی      درصد سوختگی

## Poisoning

در شرح تشخیص مسمومیت ها، موارد زیر بایستی ثبت گردد:

- ماهیت مسمومیت (Entity of poisoning)
- ماده یا داروی مسمومیت زا (Agent of poisoning)
- علت مسمومیت (cause of poisoning)
- تظاهرات بالینی (Manifestation)

مثال:

- Diplopia due to allergic reaction to antihistamin taken as prescribed  
↓    ↓    ↓  
تظاهرات بالینی    علت مسمومیت    داروی مسمومیت زا

## Advers Effect

درمورد اثرات زیان آور داروها و مواد بیولوژیکی که توسط پزشک تجویز گردیده و دوز آنها جهت درمان و پیشگیری مناسب بوده است، موارد زیر باید ثبت گردد:

- ماهیت اثر زیان آور (Entity of advers effect)
- نوع دارو یا ماده بیولوژیکی (Type of drug, agent)
- تجویزی یا غیر تجویزی بودن دارو (prescribed or not prescribed)

Diplopia due to allergic reaction to antihistamine

مثال:

↓  
Entity

↓  
Agent

taken as prescribed.

↓  
By physician

سایرنکات قابل توجه به هنگام ثبت مسمومیت ها و عوارض دارویی:

1. در صورتی که بیمار خودسرانه داروی دیگری را همراه داروی تجویزی

توسط پزشک مصرف کرده است، اطلاعات مربوطه ثبت گردد.

2. چنانچه عوارض جانبی دارو در اثر مصرف صحیح دارو، پیش آمده است

در پرونده بیمار به آن اشاره گردد.

3. در صورتی که مسمومیت دارویی به دلیل استفاده از چند دارو

می باشد، در صورت امکان دارویی که مسئول ایجاد حالت پیش آمده

باشد، مشخص گردد.

4. به هنگام وجود تداخلات دارویی (Drug interaction)، خودسرانه مصرف

شدن هر دو داروی یک دارو، یا صحیح مصرف شدن دو دارو ذکر گردد.

5. چنانچه عوارض جانبی دارو، پس از قطع مصرف دارو ایجاد شده است، به

آن اشاره گردد.

6. چنانچه دارویی بیش از مقدار یا بیش از مدت مقرر مصرف شده

باشد و عارضه ای را ایجاد نماید به آن اشاره گردد.

7. چنانچه بیمار به مواد مخدر اعتیاد دارد به آن اشاره گردد.

## Delivery

به هنگام ثبت تشخیص در پرونده های زایمانی، ثبت اطلاعات زیر ضروری است:

- نوع زایمان (طبیعی، فورسپس، وکیوم، سزارین و...)
- محل زایمان (بیمارستان، در راه رسیدن به بیمارستان و...)
- نتیجه زایمان (تعداد نوزادان و زنده یا مرده بودن نوزادان)
- عوارض و مشکلات زایمان (پارگی رحم، خونریزی بیش از حد و...)
- سایر اقدامات همراه با زایمان و سزارین (مثلاً بستن لوله های رحم)
- سایر بیماریها یا وضعیت هایی که مادر به آنها مبتلاست و می تواند بر بارداری یا زایمان وی موثر باشد.

## Rule out

اگر در پایان دوره مراقبت بیمار تشخیص واضح و قطعی ارائه نشده باشد و تشخیص بیمار همچنان یک تشخیص احتمالی باشد، می توان آن را به عنوان وضعیت اصلی ثبت نمود.

به هنگام استفاده از R/O یا Rule out بایستی توجه داشت تشخیصی که با R/O بیان می گردد، احتمالی بودن تشخیص را می رساند و چنانچه تشخیص، هنگام ترخیص دقیقا مشخص گردیده باشد، توصیه می شود از به کاربردن اختصار R/O یا عبارت Rule out در کنار وضعیت اصلی خودداری گردد.



## Ruled out

مفهوم عبارت «Ruled out» آن است که تشخیص مربوطه توسط پزشک معالج بیمار رد شده است. چنانچه بیمار بایک تشخیص R/O مراجعه نماید و پس از بررسی و معاینه و در پایان دوره مراقبت درمانی، آن تشخیص مورد تایید پزشک قرار نگرفته و رد شده باشد، آن تشخیص همراه با عبارت «Ruled out» ثبت می گردد.

مثال: R/O Myocardial infarction (تشخیص اولیه)

Myocardial infarction Ruled out (تشخیص نهایی)

## Symptoms, Sing and abnormal finding

گاهی فرد بیمار نبوده و تنها به خدمات و مراقبت های محدودی نیاز دارد؛ مانند افرادی که جهت اهداء عضو یا انجام آزمایشات روتین مراجعه نموده اند. در این موارد، پزشک معالج باید جزئیات شرایط مربوطه و دلیل مراجعه فرد را به عنوان وضعیت اصلی ثبت نماید.

Evaluation of kidney Donor

مثال:

نکته: علائم، نشانه ها، حالت های مشکوک و احتمالی و یافته های غیر طبیعی حتی الامکان نباید به عنوان وضعیت اصلی ثبت گردند، اما اگر هنگام ترخیص پزشک معالج به تشخیص واضح و قطعی نرسیده باشد، بایستی علامت اصلی یا مشکلی که ضرورت مراقبت از بیمار را ایجاب کرده است؛ یعنی وضعیتی که بیشترین نیاز به مراقبت را ایجاب کرده است، به عنوان وضعیت اصلی ثبت گردد.

## Multiple Condition

گاهی در یک دوره مراقبت، وضعیت های متعددی که بایکدیگر مربوط می باشند، تحت درمان قرار می گیرند؛ مانند صدمات متعدد، پیامدهای متعدد یک بیماری یا صدمه یا وضعیت های ناشی از بیماری AIDS در این موارد، وضعیتی که به طور آشکار از بقیه ی وضعیت ها شدیدتر بوده یا منابع درمانی بیشتری را به خود اختصاص داده است به عنوان تشخیص اصلی انتخاب و بقیه وضعیت ها بایستی به عنوان سایر وضعیت ها ثبت گردند. هنگامی که هیچ کدام از حالات و بیماری ها از نظر شدت، میزان دریافت خدمات و یا استفاده از منابع درمانی بر دیگری برتری نداشته باشد و پزشک معالج نتواند یکی از حالات را به عنوان حالت اصلی انتخاب کند مجاز به ثبت Multiple Condition، به عنوان حالت اصلی است.

مثال:

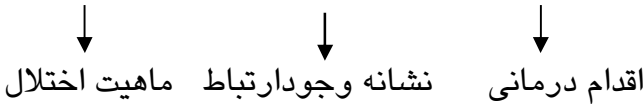
- Multiple fractures
- Multiple crush injury

## Postprocedural disorders

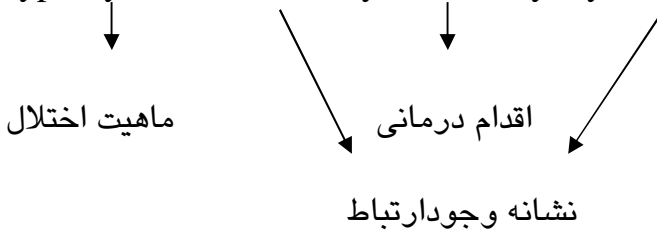
جهت ثبت عبارت های تشخیصی مربوط به مشکلات و اختلالات متعاقب اقدامات تشخیصی و درمانی (از جمله اقدامات جراحی)؛ مثل خونریزی بعد از عمل جراحی، عفونت، شوک های بعد از عمل یا مشکلات مکانیکی مربوط به پروتز در بدن ...، باید اطلاعات زیر در عبارت تشخیصی ثبت گردد:

- ماهیت اختلال ایجاد شده (Entity of disorder)
- نوع اقدام تشخیصی و درمانی (Type of procedure)
- دلیل واضحی مبنی بر این که اختلال ایجاد شده ناشی از اقدام انجام شده بوده است.

### ▪ Hemorrhage after procedure of appendectomy



### ▪ Hypothyroidism since thyroidectomy 1 year ago



## Sequela or late effect

چنانچه مراقبت فعلی جهت درمان و یا بررسی عوارض یا پیامدهای به جامانده

از بیماری یا وضعیتی باشد که مدتی است از بهبود آن می گذرد، باید اطلاعات

زیردر عبارت تشخیصی ثبت گردد:

- ماهیت پیامد ایجاد شده

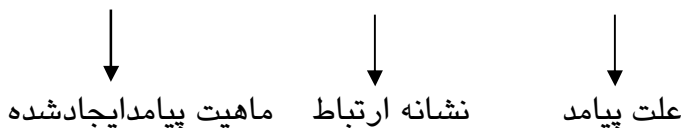
- علت پیامد

- نشانه روشنی مبنی بر ارتباط بین ماهیت و علت (بیماری اولیه که

قبلا وجود داشته)

مثال:

- Osteoarthritis of hip due to an old hip fracture



- Infertility due to tubal occlusion from old T.B



**نکته:** اگر پیامدهای ایجاد شده، متعدد باشند و پزشک معالج نتواند یکی از آنها را بر دیگر پیامدها ترجیح دهد یا پیامد ایجاد شده ماهیتش مشخص نباشد، می تواند از عبارت Late effect یا Sequele به عنوان وضعیت اصلی استفاده نماید.

مثال:

Sequele of cerebrovascular accident

## External cause

علل خارجی جراحات عبارتست از:

کلیه ی عواملی که جدا از عوامل داخلی؛ مثل میکروارگانیسم ها باعث آسیب، صدمه یا اختلال در عملکرد یک یا چند عضو می گردند. هنگامی که یک حالت؛ مانند صدمات، مسمومیت ها و سایر حالات های منتج از علل خارجی توسط پزشک معالج به عنوان وضعیت اصلی ثبت گردیده اند، باید اطلاعات زیر در عبارت تشخیصی ثبت گردد:

- ماهیت وضعیت ایجاد شده؛ مثلاً شکستگی، سوختگی و... (Entity)
- علت خارجی موجب آن وضعیت خاص (External cause)
- مکان وقوع حادثه (place)

## دستورالعمل های ثبت اقدامات درمانی

1- هنگام مستندسازی اقدامات درمانی (طبی جراحی)، اطلاعات صحیح، کامل و دارای جزئیات کافی مربوط به اقدامات جراحی را باید در تمامی اوراقی که در آنها فضایی جهت ثبت داده های مربوط به اعمال جراحی در نظر گرفته شده است، ثبت نمود. به عنوان مثال؛ در برگ پذیرش باید اعمال جراحی را با ذکر تاریخ انجام عمل جراحی مستند ساخت. در برگ خلاصه پرونده بیمار نیز باید خلاصه ای از اقدامات جراحی را که انجام گرفته اند ثبت نمود.

در برگ شرح عمل باید اطلاعات مربوط به نوع عمل جراحی، خلاصه ای از اقدامات انجام گرفته، تشخیص قبل از عمل، تشخیص بعد از عمل و تعداد نمونه ی برداشته شده (در صورت لزوم) مستند شده باشند. در این زمینه باید به این نکته توجه داشت که برگ شرح عمل بایستی بلافاصله بعد از عمل جراحی و منطبق با اصول مستندسازی نوشته شده باشد.



عبارت «بهنگام بودن ثبیتات پرونده پزشکی» (Timeliness) به این معناست که ثبیتات مربوط به مراقبت و درمان، به زمان وقوع رخداد، اعم از تشخیص و یا درمان، نزدیک باشند. عبارت «دارای جزئیات کافی» (Granularity) نیز به این نکته اشاره دارد که ثبیتات پرونده پزشکی دارای تمامی جزئیات مربوط به تشخیص یا اقدامات صورت گرفته برای بیمار باشند.

مثال: در پرونده یک بیمار در قسمت مربوط به تشخیص عبارت « Laceration of foot) مشاهده می شود. در این مورد اولاً ذکر نشده است کدام قسمت از پا (skin, muscle, nerve) دچار پارگی شده است و از طرفی مشخص نگردیده است که ترمیم صورت گرفته از چه نوعی بوده است.

2- برخی از اعمال جراحی براساس نام نخستین فردی که آن اقدام جراحی را انجام داده است، نامگذاری شده اند که در اصطلاح به آنها «Eponym» گفته می شود. در رابطه به «Eponyms» با توجه به شباهتی که بین برخی از آنها وجود دارد، توصیه شده است که در صورت امکان به جای استفاده از نام «Eponym»، اقدامات صورت گرفته را با ذکر تمامی جزئیات مربوط به آنها ثبت کرد. به عنوان مثال: Thompson operation، یک «Eponym» است که هم در مورد Cleft lip و هم در مورد Correction of lymphedema صورت می گیرد. در این حالت چنانچه در پرونده بیمار به جزئیات دیگری اشاره نشده باشد و تنها عبارت «Thompson operation» ثبت شده باشد، تشخیص اینکه این اقدام کدام یک از دو مورد مذکور است، با مشکل روبرو خواهد شد.

3- هنگام ثبت آندوسکوپی ها باید تعیین کرد که آیا آندوسکوپی به تنهایی صورت گرفته است و یا اقدام دیگری به همراه آن انجام گرفته است.

4- خصوص استفاده از اختصارات باید از بکار بردن اختصارات غیر استاندارد خودداری شود. چنانچه از استاندارد نبودن یک اختصار مطمئن نباشیم، بایستی از منابع موجود و فرهنگ های اختصارات و اصطلاحات استفاده نماییم. در صورتی که در یک مرکز از یک سری اختصارات استفاده می کنیم، این اختصارات بایستی توسط کارکنان پزشکی آن مرکز تایید شده باشند و فهرست اختصارات مورد استفاده در اختیار تمامی استفاده کنندگان مربوط قرار گیرد تا تمامی آنها در یک یکسانی از آن اختصارات داشته باشند.

- صدوقی، ف و همکاران. "کدگذاری بیماریها ICD10". چاپ اول. تهران: انتشارات زرین بهار، 1375.
- صفدری، ر و همکاران. "مروری بر سیستم های نامگذاری و طبقه بندی بیماریها ونحوه ثبت و کدگذاری تشخیص های پزشکی ومشکلات بهداشتی(بر اساس ICD 10)". تهران، 1380.
- فرزندی پور، م و همکاران. "اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی". انتشارات مرسل، 1384.
- محرابی، ن. "مقایسه عملکرد پزشکان و پرستاران در تکمیل پرونده بیماران بستری در بیمارستانهای عمومی آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران". پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت واطلاع رسانی پزشکی، دانشکده علوم پزشکی ایران، 1377.
- مرادی، غ. "بررسی میزان کاربرد مدارک پزشکی در تحقیقات بالینی در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال 1373". پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت واطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، 1373.

- ممتاز، ص. "بررسی میزان رعایت استانداردها در واحدمدارک پزشکی بیمارستان دکتر شریعتی در سال 1372". پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، 1372.
- جزوه آموزشی اولین کارگاه آموزش تشخیص نویسی مبتنی بر ICD، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، 1380.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| شماره پرونده: _____<br>Unit Number: _____                                      |  | تاریخ بستری شدن: _____<br>Record Of Hosp: _____                      |  |
| نام خانوادگی: _____<br>Family Name: _____                                      |  | نام پدر: _____<br>Father's Name: _____                               |  |
| جنس: _____<br>Sex: _____   |  | وضعیت تاهل: _____<br>Marital Status: _____                           |  |
| شماره شناسنامه: _____<br>ID. NO: _____   |  | نام محل صدور شناسنامه: _____<br>Place Of ID: _____                   |  |
| تاریخ تولد: _____<br>Date Of Birth: _____                                      |  | محل تولد: _____<br>Place Of Birth: _____                             |  |
| آدرس و تلفن: _____<br>Address & Phone Number: _____                            |  |  |  |
| آدرس و تلفن: _____<br>Address & Phone Number: _____                            |  | آورده یا معرفی بیمار: _____<br>Brought By Or Referred By: _____      |  |
| تاریخ پذیرش: _____<br>Admission Date: _____                                    |  | بخش: _____<br>Ward: _____  |  |
| تاریخ ترخیص: _____<br>Discharge Date: _____                                    |  | پزشک بستری کننده: _____<br>Admitting Physician: _____                |  |
| نوع پذیرش: _____<br>Kind of Adm.: _____  |  | نوع بیمه: _____<br>Type Of Insurance: _____                          |  |
| تاریخ انتقال: _____<br>Transfer Date: _____                                    |  | به مرکز آموزشی: _____<br>Emergency Center: _____                     |  |
| تاریخ تولد: _____<br>Date Of Birth: _____                                      |  | به بیمارستان: _____<br>To Hospital: _____                            |  |
| به بخش: _____<br>To Ward: _____  |  | به بخش: _____<br>To Ward: _____                                      |  |
| آزمایشات و عکسبرداری (نتایج): _____<br>Examination & X - Rays (Results): _____ |  |  |  |
| کد بیماری: _____<br>Disease Code: _____  |  | تشخیص اولیه: _____<br>Primary Diagnosis: _____                       |  |
| تشخیص حین درمان: _____<br>Interim Diagnosis: _____                             |  | تشخیص نهایی: _____<br>Final Diagnosis: _____                         |  |
| کد جراحی: _____<br>Operation Code: _____                                       |  | اعمال جراحی یا تاریخ: _____<br>Operation (with Date): _____          |  |
| وضعیت بیمار هنگام ترخیص: _____<br>Condition On Discharge: _____                |  | بهبودی: _____<br>Recovered: _____                                    |  |
| فوت نموده: _____<br>Died: _____  |  | بهبود نسبی: _____<br>Comperative Improvement: _____                  |  |
| سایر موارد: _____<br>Others: _____   |  | ترخیص با میل شخصی: _____<br>Discharge Without Physician Order: _____ |  |
| توصیه‌های پس از ترخیص: _____<br>Recommendation On Discharge: _____             |  | پیگیری: _____<br>Follow up: _____                                    |  |
| سایر موارد: _____<br>Others: _____   |  | عتبات فوت: _____<br>Cause Of Death: _____                            |  |
| فوت: _____<br>Death: _____   |  | فوت: _____<br>Death: _____   |  |
| قبل از ۲۸ ساعت: _____<br>Befor 48 Hours: _____                                 |  | بعد از ۲۸ ساعت: _____<br>Over 48 Hours: _____                        |  |
| مشاوره داشته: _____<br>Did The Patient Have Consultation?: _____               |  | تعداد مشاوره: _____<br>NO. Of Consultation: _____                    |  |
| تعداد روز بستری: _____<br>NO. Of Hospitalization: _____                        |  | تعداد روز بستری: _____<br>NO. Of Hospitalization: _____              |  |
| اعضاء مسئول بخش: _____<br>Adm. Officer Sign: _____                             |  | اعضاء مسئول بخش: _____<br>Attending Physician Sign: _____            |  |
| اعضاء مسئول بخش: _____<br>Chief Officer of Service Sign: _____                 |  | اعضاء مسئول بخش: _____<br>Resident Sign: _____                       |  |