

به نام خدا  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت تحقیقات و فن آوری  
اداره کل توسعه و هماهنگی اطلاع رسانی پزشکی

**طرح استانداردسازی و بهینه نمودن**

**سیستم مدارک پزشکی کشور**

كُلُّ فَلَكٍ يُسَبِّحُونَ

(سوره يس)

نخستین موعظت آن است که ستایش پروردگار و فرمانبرداری خداوند عز و جل را به جای آرید و پس از آن استادان خود را بزرگ دارید و در خدمت و سپاسگزاری و گرامی داشتن آنان همت گمارید.

(از پند نامه علی بن عباس مجوسی اهوازی، قرن چهارم هجری قمری)

دگر بار شکرگزار آستان قدسی باریتعالی هستیم که توان انجام و اتمام این پژوهش را برای مامقدر نمود، باشد که آیندگان در توسعه و تکمیل آن سهیم باشند. جای دارد این مقوله را به پاس زحمات بی شائبه جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی مقام محترم معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در تمامی مراحل پژوهش از هدایت و حمایت دریغ نورزیدند، به ایشان تقدیم نماید.

بجاست از جناب آقای دکتر ماشاله ترابی مدیر کل محترم توسعه و هماهنگی اطلاع‌رسانی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، که کلیه مراحل اجرایی پژوهش ماحصل راهنمایی و مذاقه ایشان است، تقدیر و سپاس شایسته به عمل آید.

همچنین از جناب آقای دکتر محمد اسماعیل اکبری معاون محترم سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مراحل مختلف پژوهش از هیچ گونه راهنمایی دریغ نورزیدند، نهایت امتنان و تشکر را دارد.

شایسته است از جناب آقای دکتر امیرمحمود حریرچی مدیر کل محترم دفتر هماهنگی پژوهش، سرکار خانم دکتر چگینی مدیر محترم اداره پژوهش و کارشناسان محترم آن اداره که با هدایت و ارائه طریق اولیه موجبات انجام پژوهش را فراهم آوردند، سپاس و قدردانی به عمل آید.

مدیریت استاد ارجمند جناب آقای داورپناه در هماهنگی تمام اجزای علمی و اجرایی طرح موجبات سپاس بیکران است. از اعضای محترم کمیته علمی مرکزی و کمیته علمی دانشگاههای علوم پزشکی طرح که با تمام توان ما را در انجام این پژوهش مرهون الطاف خود قرار دادند، تقدیر و تشکر می شود.

کلیه خدمات نشر الکترونیک فرمها و تهیه CD از ماحصل فعالیت های طرح و نتیجه زحمات جناب آقای مهندس رسول نقی زاده است که جای سپاس فراوان دارد.

رضا صفدری

مجری طرح

## اعضای کمیته مرکزی طرح استاندارد سازی و بهینه نمودن

### سیستم مدارک پزشکی کشور

- ۱- احمد داورپناه مدیر گروه مدارک پزشکی و عضو هیات مدیره انجمن علمی اطلاعات بهداشتی و زیست پزشکی
- ۲- آقای ابازر حاجوی مدیر گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و عضو هیات مدیره انجمن علمی مدارک پزشکی ایران
- ۳- خانم سکینه حاج سیدجوادى مدیر گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- خانم مرجان قاضی سعیدی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو هیات مدیره انجمن علمی مدارک پزشکی ایران
- ۵- خانم اقدس ارباب زاده رئیس اداره مدارک پزشکی بیمارستان کسری و عضو هیات مدیره انجمن علمی مدارک پزشکی ایران
- ۶- خانم حبیبه رحمانی خامنه عضو هیات مدیره انجمن علمی مدارک پزشکی ایران
- ۷- خانم فاطمه طبسیان رئیس اداره مدارک پزشکی بیمارستان میرزا کوچک خان و عضو هیات مدیره انجمن علمی مدارک پزشکی ایران
- ۸- خانم خدیجه تفضلی رئیس اداره مدارک پزشکی بیمارستان فیروزگر و عضو هیات مدیره انجمن علمی مدارک پزشکی ایران
- ۹- خانم فرشته بحرینی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۱۰- آقای بهمن میناوند کارشناس مدارک پزشکی معاونت تحقیقات و فناوری
- ۱۱- آقای سیاوش بهنام سرپرست اداره کتب و نشریات و عضو هیات مدیره انجمن علمی اطلاعات بهداشتی و زیست پزشکی
- ۱۲- خانم ناهید رمضان قربانی مدیر واحد بانک های اطلاعات پزشکی و بازرس انجمن علمی اطلاعات بهداشتی وزارت بهداشت
- ۱۳- خانم مرضیه حسین مردی کارشناس مدارک پزشکی معاونت تحقیقات و فناوری

- ۱۴- خانم نازیلا عزیزی  
کارشناس مدارک پزشکی بیمارستان حضرت رسول اکرم
- ۱۵- سبجانعلی خلعتبری  
کارشناس مدارک پزشکی و مدرس دانشگاه علوم پزشکی  
ایران
- ۱۶- خانم ربابه میرزایی  
کارشناس مسئول مدارک پزشکی بیمارستان دکتر شریعتی

### اعضای کمیته اجرایی نمایندگان مدارک پزشکی دانشگاههای علوم پزشکی کشور

نام دانشگاه	اسامی افراد شرکت کننده	
۱- دانشگاه علوم پزشکی اراک	آقای سعید کریمی	
۲- دانشگاه علوم پزشکی اردبیل	خانم مهرناز مشترقی	
۳- دانشگاه علوم پزشکی ارومیه	آقای محمد رضا علیزاده آقای مهدی اخباری	
۴- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	خانم روح انگیز کریمی	
۵- دانشگاه علوم پزشکی اهواز	آقای احمد عزیزی خانم الهام علی مددی	
۶- دانشگاه علوم پزشکی ایران	خانم لیلا غلامحسین	
۷- دانشگاه علوم پزشکی ایلام	آقای آیت اویسی	
۸- دانشگاه علوم پزشکی بابل	خانم طیبه اسماعیلی	
۹- دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس	آقای مسیح اله صفار	
۱۰- دانشگاه علوم پزشکی بوشهر	آقای غلامرضا هنرور	
۱۱- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند	خانم رعنا یونسی	
۱۲- دانشگاه علوم پزشکی تبریز	خانم شهلا دمنابی	
۱۳- دانشگاه علوم پزشکی تهران	آقای فریدون ستارپناهی	
۱۴- دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	آقای محمدرضا برآهویی	
۱۵- دانشگاه علوم پزشکی زنجان	آقای داود رمضانلو	
۱۶- دانشگاه علوم پزشکی سبزوار	خانم معصومه بروجردی	
۱۷- دانشگاه علوم پزشکی سمنان	خانم شهربانو پهلوانی نژاد	
۱۸- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود	فاطمه نقی زاده	
۱۹- دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد	آقای فرهاد کوهی زاده	
۲۰- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	آقای سید عبدالرضا حسینی	
۲۱- دانشگاه علوم پزشکی فاطمیه قم	خانم ناهید مدرسی زاده	
۲۲- دانشگاه علوم پزشکی قزوین	آقای محمود معمارنیا	
۲۳- دانشگاه علوم پزشکی قم	خانم معصومه بخاریان	
۲۴- دانشگاه علوم پزشکی کاشان	آقای مهرداد فررندی پور	
۲۵- دانشگاه علوم پزشکی کردستان	خانم فرده خالیدی آقای مسعود رسول آبادی	

۲۶-	دانشگاه علوم پزشکی کرمان	خانم منیژه آریائی
۲۷-	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	آقای علی کاکائی
۲۸-	دانشگاه علوم پزشکی گلستان	خانم هاجر عینعلی
۲۹-	دانشگاه علوم پزشکی گناباد	آقای اصغر کرامتی
۳۰-	دانشگاه علوم پزشکی گیلان	آقای عادل کرم زادگان
۳۱-	دانشگاه علوم پزشکی لرستان	خانم عفت بشیری
۳۲-	دانشگاه علوم پزشکی مازندران	آقای بنیامین محسنی ساروی
۳۳-	دانشگاه علوم پزشکی مشهد	آقای غلامرضا مرادی آقای حسین مرزبان
۳۴-	دانشگاه علوم پزشکی همدان	آقای سعید فامیل محمدیان محمدحسن زارعیان
۳۵-	دانشگاه علوم پزشکی یاسوج	آقای هومان هوشمندی
۳۶-	دانشگاه علوم پزشکی یزد	آقای عباس شفیعی

اعضای کمیته اجرایی مدیران بیمارستانهای پایلوت دانشگاههای علوم پزشکی کشور

ردیف	نام و نام خانوادگی	دانشگاه محل خدمت	بیمارستان/ محل خدمت	مدرک تحصیلی
۱	آقای هادی سعادت منش	سبزوار	امداد شهید بهشتی	کارشناس پرستاری
۲	آقای معراج جلیلی	ارومیه	مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری	کارشناس پرستاری
۳	آقای مجید حسینی	سمنان	بیمارستان امیرالمومنین	دکترای پزشکی
۴	آقای محمد مصفا	گلستان	بیمارستان شهدای کاوسی	دکترای پزشکی
۵	آقای ارسلان کرم سیما	کرمانشاه	بیمارستان امام خمینی	کارشناس ارشد مدیریت
۶	خانم فیروزه حیدرپور	شهرکرد	معاونت درمان علوم پزشکی شهرکرد	کارشناس امور بیمارستانها
۷	آقای محسن جوهرزاده	بوشهر	بیمارستان فاطمه زهرا	کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
۸	آقای بابعلی آزادیان	ساری	مرکز آموزشی درمانی بوعلی	کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
۹	آقای محمدحاجی جعفری	کاشان	بیمارستان مقیمی	پزشک عمومی
۱۰	آقای فرزاد رجبی یکتا	قزوین	مرکز آموزشی درمانی شهید رجائی	کارشناس ارشد آموزشی پرستاری
۱۱	آقای رضا قیصری	گناباد	دانشکده علوم پزشکی	کارشناس پرستاری
۱۲	آقای یعقوب گلی خطیر	بابل	بیمارستان شهید یحیی نژاد	کارشناس ارشد مدیریت دولتی
۱۳	آقای علی محمد آدابی	یزد	بیمارستان آموزشی شهید صدوقی	کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
۱۴	آقای مهدی بزرگ	ایران	مرکز آموزشی درمانی شهید هاشمی نژاد	کارشناس مدیریت
۱۵	آقای قاسم سماکی	گیلان	مرکز آموزشی درمانی رازی	کارشناس
۱۶	آقای علیرضا طاهریزاده	قم	مرکز آموزشی درمانی کامکار عرب نیا	کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی
۱۷	آقای نصرت اله تیموری	همدان	خیابان آیت ا.. کاشانی دانشگاه علوم پزشکی همدان	کارشناس مدیریت دولتی
۱۸	آقای ولی فتاحی	ایلام	بیمارستان شهید مصطفی خمینی	کارشناس



## پیشگفتار

عصر امروز عصر اطلاعات است و توسعه روز افزون جهانی در زمینه های مختلف متضمن استفاده از اطلاعات و دستیابی به آنها است و این امر مستلزم وجود منابع اطلاعاتی و بانکهای اطلاعات قوی و قابل اطمینان می باشد.

علوم پزشکی و بهداشتی نیز همانند بسیاری از علوم جهانی مدام در حال تغییر، دگرگونی و پیشرفت است و این پیشرفت مدیون دستیابی به اطلاعات غنی و قابل استفاده گذشته است و مدارک پزشکی به عنوان یکی از مهمترین منابع تامین کننده اطلاعات در نظام بهداشتی درمانی است که در زنجیره اطلاعاتی جایگاه انکار ناپذیر و بسیار ارزشمندی را به خود اختصاص داده است.

با توجه به اینکه امروزه اطلاعات پزشکی و بهداشتی بزرگترین سرمایه مراکز پزشکی به شمار می روند و بدون بهره مندی از آن مدیران قادر به تصمیم گیری دقیق و به هنگام نمی باشند. از اینرو با اتخاذ روشهای صحیح و اصولی در جهت جمع آوری مناسب، ثبت دقیق و همچنین تجزیه و تحلیل اطلاعات میتوان ابزاری مطمئن و ارزشمند برای مدیران، محققین، پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی و مسئولین سازمانها طراحی و تنظیم نمود.

مدارک پزشکی و اطلاعات ثبت شده در آن، منبع اطلاعاتی غنی در مراکز بهداشتی و درمانی است و به عنوان هسته تصمیم گیری در سیستمهای MIS و HIS (مدیریت اطلاعات و سیستم اطلاعاتی بیمارستان) محسوب می شود.

ثبت سیستماتیک، کامل و منظم اطلاعات در پرونده های بهداشتی و درمانی، در ارتقاء سطح آموزش، پژوهش و درمان، حذف رویه های تکراری و غیرضرور، بهینه سازی کلیه فعالیتهای بیمارستانی و مدیریتی، استخراج صحیح اطلاعات و متعاقب آن برنامه ریزیهای مناسب و اصولی، همگونی در جمع آوری و بازیابی بهینه اطلاعات و نهایتاً ارتقاء سطح بهداشت جامعه نقش غیرقابل انکاری را ایفا می نماید. مسلماً در این

مقوله با طراحی فرمهای استاندارد و لحاظ نمودن شرایط مستندسازی فرمها و ساماندهی نحوه ثبت اطلاعات در پرونده های پزشکی و بهینه نمودن قسمت های مختلف بخش مدارک پزشکی و سیستم های حاکم بر آن تمام مقاصد فوق برآورده خواهد شد.

و از آنجایی که مدارک پزشکی و اطلاعات موجود در آن اهرمی بسیار مطمئن، بالارزش و قابل اعتماد در زمینه سیاستگذاری و برنامه ریزی های مدیران بهداشتی و درمانی می باشد، لذا در اصلاح، بهبود و پیشبرد آن باید نهایت سعی و کوشش را نمود و این امر مشروط به شناسایی بخش های مدارک پزشکی مراکز درمانی، همچنین شناخت معایب و محاسن و اقدام در جهت اصلاح و بهبود آنها می باشد. شناخت بخش مدارک پزشکی و توانمندی های آن نه تنها بررسی تک تک فرم های بکار برده شده به عنوان محلی برای ثبت داده ها و منبعی برای بازیابی اطلاعات مفید می باشد بلکه ارزیابی عملکرد قسمت های تشکیل دهنده بخش مدارک پزشکی که هر یک به نوعی در فرآیند جمع آوری، ترتیب، ذخیره مناسب، کلاسه بندی منطبق با اطلاعات آن مرکز، بازیابی صحیح در رده های مختلف و با اهداف متفاوت برحسب نیاز مرکز درمانی و آمارگیری های بهداشتی و درمانی که پایه استدلال های منطقی در نوع خدمات ارائه شده و مؤثر در پیش بینی های بعدی هستند را نیز در بر می گیرد.

در خاتمه ضمن آرزوی موفقیت برای تمامی دست اندرکاران طرح بهینه سازی سیستم مدارک پزشکی کشور، امید است با همکاری تمامی مسئولین محترم دانشگاه ها، کارشناسان زحمتکش رشته مدارک پزشکی بتوانیم اقدامات مؤثری در ارتقاء کیفی خدمات اطلاع رسانی پزشکی به عمل آوریم.

و من ا التوفیق

دکتر ماشاء ا. ترابی

مدیر کل دفتر توسعه و هماهنگی اطلاع رسانی پزشکی

## باسمه تعالی

### مقدمه:

قال امیرالمومنین (ع):

”أَيُّهَا النَّاسُ أَعْمَلُوا أَنْ كَمَالَ الدِّينِ طَلَبُ الْعِلْمِ وَالْعَمَلُ بِهِ“

(اصول کافی / ج ۱ / ص ۳۵)

امیر مومنان علی (ع) فرمود:

”ای مردم بدانید کمال دین در کسب دانش و عمل به آن است.“

رشد روز افزون و فراوانی اطلاعات بهداشتی درمانی بین کشورهای در حال رشد و توسعه یافته و به تعبیری دیگر، کشورهای مواجه با کمبود اطلاعات و کشورهایی که از پشتوانه قوی و غنی اطلاعاتی برخوردارند، فاصله شگرفی ایجاد کرده است. در این میان اگر کشوری با همه امکاناتش نتواند در مسیر برخورداری از رشد روزافزون اطلاعات قرار گیرد، بدیهی است که نسبت به تأمین نیازهای اولیه خود نیز ناتوان خواهد ماند، زیرا امروزه اطلاعات موجود در هر کشوری جزء ذخایر ملی آن کشور محسوب می گردد و دستیابی به آن در صحنه جهانی نیز، به موضوع رقابت بین المللی تبدیل شده است. لذا اتخاذ سیاستها و راهبردهای کلان در این خصوص که منطبق بر اصول اساسی حاکم بر جامعه می باشد، از ضروریات اولیه می باشد.

آنچه مسلم است مدارک بهداشتی و پزشکی بخش قابل توجهی از اطلاعات مورد نیاز نظام بهداشتی درمانی هر جامعه ای را تامین می نماید. بطوری که کلیه فعالیتهای مراکز بهداشتی درمانی بصورت مستندات دستی یا کامپیوتری ثبت و ضبط می شود و بستر اطلاعاتی غنی و با ارزشی در خصوص استفاده های آموزشی و پژوهشی علوم پزشکی فراهم می آورد. بنابراین برای تبیین سیاستها و راهبردهای مورد لزوم در این زمینه بخصوص، می بایست شکافی که در حال حاضر بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد (اکنون در کجا هستیم و هدف آینده چه باید باشد؟)

مشخص گردد، تا بدان وسیله زمینه مساعدی جهت راهنمایی سیاستگذاران خدمات اطلاعات بهداشتی درمانی فراهم آید.

در بررسی اجمالی فعالیتهای مراکز بهداشتی درمانی سراسر کشور مشخص می شود که به محض پذیرش بیمار در یک مرکز بهداشتی درمانی سه نوع از فعالیتهای ضروری برای وی انجام می پذیرد:

۱- جمع آوری اطلاعات

۲- تشخیص (کلینیکی، پاراکلینیکی)

۳- درمان (دارو، جراحی، سایر روشهای درمانی)

مسئله جمع آوری و ثبت اطلاعات فقط به مرحله اول ختم نمی شود بلکه نتایج کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی نیز در قالب فرمهای اطلاعاتی ثبت می شود. جمع آوری اطلاعات با فرآیند ثبت نام بیمار شروع می شود و به وسیله گرفتن تاریخچه و معاینه بدنی در هنگام پذیرش دنبال می شود و نتیجه آن یک کالبد بزرگ از اطلاعات اختصاصی برای بیمار تازه پذیرش شده می باشد. بررسیهای تشخیصی، اطلاعات عینی بیشتری ایجاد می نماید و رشد اطلاعات، پایه ای برای قادر نمودن پزشک معالج جهت اتخاذ تصمیمات بهتر و حل مشکلات بیمار است که به تشخیص می انجامد و سپس درمان را تعیین می کند. ماحصل کلیه فرآیندهای درمانی نیز بر روی فرمهای کاغذی یا از طریق سیستم ماشینی ذخیره می شوند. بنابراین می توان ادعا نمود که فرآیند تولید اطلاعات در تمامی مراکز بهداشتی درمانی از سیر یکسانی برخوردار است و لازم است در حال حاضر برای رسیدن به آنچه که باید باشد تمهیداتی را پیشنهاد نمود و از طریق مدیران رده بالای نظام بهداشتی درمانی پیگیری و نظارت کرد تا ماحصل فرآیند تولید به نهایت صحت و تکمیل اطلاعات منجر شود. اما آنچه که حائز اهمیت بیشتری است این واقعیت است که چرخه اطلاعاتی در یک مرکز بهداشتی درمانی به این مرحله ختم نمی شود بلکه دو بخش مهم دیگر پردازش و توزیع اطلاعات نیز در مورد آنها انجام می پذیرد، زیرا وقتی که بیمار مرخص می شود و پرونده وی به بخش مدارک پزشکی منتقل می شود، و یک زندگی

ثانویه را شروع می کند، اطلاعات کدبندی شده (پردازش) و بوسیله پرسنل آموزش دیده مدارک پزشکی نگهداری می شوند تا در واقع نیاز و با رعایت مقررات حرفه ای مربوطه در اختیار پژوهشگران، اساتید و دانشجویان علوم پزشکی (توزیع) قرار داده شود. در این میان دو مرحله پردازش و توزیع اطلاعات مندرج در پرونده بالینی بیماران توجه بیشتری را به خود معطوف می دارد چونکه مراحل اساسی تامین اطلاعات مورد نیاز نظام بهداشتی درمانی جامعه را تشکیل می دهد و در حال حاضر در این خصوص فاصله بیشتری میان آنچه که هست و آنچه که باید باشد، وجود دارد. برای رفع این نقیصه هر یک از ما به عنوان پرسنل حرفه مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی بیش از گذشته نیازمندیم تا بوسیله بیماران، پزشکان، پیراپزشکان، مدیران سطوح مختلف نظام بهداشتی درمانی و سایر جِرف، به عنوان رهبران اطلاعات بهداشتی درمانی شناخته شویم و این اعتقاد برای تمامی دست اندرکاران نظام بهداشتی درمانی حاصل شود که ”حرفه مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی“ (مدارک پزشکی) با ارزش است زیرا اطلاعات بهداشتی درمانی با ارزش است برای:

- مراقبت بیمار، پیشگیری از بیماری و پیشرفت برنامه های بهداشتی درمانی بیمار.
- مراکز بهداشتی درمانی، جهت ارزیابی کارایی و تاثیر مراقبت.
- سیاست عمومی توسعه مراقبت بهداشتی درمانی، شامل نظم دادن، وضع قانون، ایجاد اعتبار، و تغییر در فرایند مراقبت.
- در سیستم پرداخت هزینه خدمات مراقبتی و تحلیل روشهای جایگزینی تامین آن.

حال که هر یک از ما به عنوان مدیران اطلاعات بهداشتی درمانی تعهدات اخلاقی و حرفه ای را متقبل گردیدیم رسالت سنگین تری را به عهده داریم تا ضمن ارتقاء سطح علمی و عملی خود بتوانیم هر چه بیشتر ارزش و بهای فراموش شده رشته خودمان را احیاء نماییم.

در همین راستا در این طرح سعی بر آن شده که برای اولین بار مجموعه فرمهای عمومی و تخصصی مدارک پزشکی با الهام از نظرات اعضای محترم هیئت علمی علوم پزشکی سراسر کشور، کارشناسان منتخب مدارک پزشکی دانشگاههای علوم پزشکی و همچنین متخصصان تحلیل سیستم ها و رایانه تحت آخرین تکنولوژی روز طراحی گردد، ضمن ارائه این فرمها بصورت CD ، به شکل online از طریق شبکه HBI در دسترس تمام متقاضیان سراسر کشور قرار گیرد و با توجه به اینکه این فرمها تحت شبکه اینترنت هم امکان کپی شدن و تکمیل اطلاعات را دارند اولین گامها در راستای تحقق Telemedical Record برداشته شده است.

شایان توجه است که به رغم نظر خواهی وسیع به عمل آمده از کارشناسان و متخصصان ممکن است در بعضی از فاکتورهای مندرج در یک فرم یا در فضای در نظر گرفته شده برای ثبت موارد معینی اختلاف نظر وجود داشته باشد. خوشبختانه این سیستم طوری طراحی شده که تنها با بهره گیری از خدمات یک فرد آشنا به واژه پرداز Word به راحتی می توان تغییرات مورد نیاز را در آن اعمال نمود. همچنین برای ارتقاء کیفیت چاپ می توان پس از اضافه کردن نام دانشگاه و بیمارستان به سربرگ مستقیماً از روی CD فرمها را جهت تهیه فیلم و زینگ ارسال نمود و بدین طریق ضمن صرفه جویی از کیفیت بسیار بالاتر چاپ برخوردار شد.

مستدعی است با ارائه رهنمودها و ارشادات ما را در تکمیل هر چه بیشتر این مجموعه و تحقق آرمانهای ارزشمند نظام اطلاعات بهداشتی درمانی یاری فرمایید. با آروزی جزای خیر برای تمامی کادر زحمتکش و ساعی بخشهای مختلف سیستم مدارک پزشکی در سطح دانشگاهها و بیمارستانهای سراسر کشور.

رضا صفدری

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

## تعریف مدارک پزشکی

مدارک پزشکی عبارت است از حقایق بیماری، وضعیت بهداشتی، اطلاعاتی از زندگی و تاریخچه بهداشتی بیمار که شامل بیماریها و شرایط قبلی و فعلی و درمانهای انجام یافته برای وی می باشد که توسط پرسنل حرفه ای مربوط به مراقبتهای بهداشتی در مدارک پزشکی بیمار ثبت می گردد. همچنین مدارک پزشکی عبارت است از داده هایی برای درمان و تهیه اسناد دقیق و مستند در رابطه با نتایج حاصل از مراقبتها.

اصطلاح مدارک بهداشتی و مدارک پزشکی هر دو در یک زمینه بکار برده می شود و اختلافی که در اصطلاحات مذکور وجود دارد براساس تفاوت در بین مراقبتهای پزشکی و مراقبتهای بهداشتی است و می توان گفت محتوای ایده آل مدارک پزشکی و بهداشتی مخزنی است از همه داده ها در مراقبتهای بهداشتی شخصی، مدارک مربوط به تولد و ایمن سازی، گزارش آزمایشات فیزیکی و مدارک کلیه بیماریها و درمانهای انجام شده در هر نوع مراقبت بهداشتی<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> - Edna. K, Huffman, Health Information Management

## اهمیت مدارک پزشکی

گلوندیز<sup>۱</sup> اهمیت مدارک پزشکی را به عنوان یک سند شخصی و غیرشخصی بدین گونه توصیف می نماید که موارد استفاده مهم مدارک به عنوان یک سند شخصی در بازپرداخت صحیح هزینه، جلوگیری از تضییع حقوق قانونی فرد و منبعی قابل استناد برای رسیدگی به مراقبتهای انجام یافته جهت بیمار است و این مدارک به عنوان یک سند غیرشخصی، جهت مطالعات تحقیقی و تجزیه و تحلیل خدمات بیمارستانی بکار برده می شود.

از طرفی دیگر به عقیده صاحب نظران اهمیت مدارک پزشکی را در سیستم تضمین کیفیت نمی توان نادیده گرفت و صرفنظر از روش ارزیابی مراقبت از بیمار، جمع آوری اطلاعات امری ضروری است. مدارک پزشکی بیشترین اطلاعات لازم را در جهت تدوین و اجر سیستم تضمین کیفیت در اختیار قرار می دهد، از اینرو کارکنان مدارک پزشکی سهم بسیار زیادی در جمع آوری اینگونه اطلاعات دارند. ارائه اطلاعات و هماهنگی آنها در مؤسسه مربوطه از دیگر ابعاد مهم یک برنامه تضمین کیفیت است و متخصصین مدارک پزشکی در مراحل از سیستم تضمین کیفیت نقش مهمی را ایفا می کنند، که این مراحل عبارتند از: جمع آوری صحیح اطلاعات، بررسی ارتباط، نتایج و ادامه نظارت بر روند فعالیتها.

همچنین انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی امریکا اهداف متعددی از مدارک پزشکی بیان می کند که عبارتند از:

- ۱) مستند سازی دوره ناخوشی بیمار و درمان پزشکی در طول هر رویداد مراقبت
- ۲) برقراری ارتباط بین پزشکان و دیگر متخصصان سهیم در امر مراقبت از بیمار
- ۳) فراهم کردن تداوم مراقبت از بیمار در پذیرش بعدی بیمار
- ۴) فراهم آوردن منبعی برای ارزیابی کفایت و مناسب بودن مراقبت
- ۵) فراهم کردن داده هایی برای اثبات مطالبات بیمه از تسهیلات بهداشتی

---

<sup>1</sup> - Glondys



۶) فراهم کردن داده هایی برای کمک به محافظت از منابع قانونی بیمار، پزشک و تسهیلات مراقبت بهداشتی

۷) فراهم کردن داده های کلینیکی برای تحقیق، مطالعه، آموزش و بهداشت عمومی  
بنا بر اظهارات خانم هوفمن<sup>۱</sup>، به لحاظ استفاده مدارک پزشکی برای اهداف گوناگون، این مدرک منبع اطلاعاتی مهمی محسوب می گردد. وی اظهار می دارد که؛ مدارک پزشکی منبع اطلاعاتی برای مقاصد متعددی از قبیل: مدیریت، آموزش دانشجویان پزشکی، پژوهشهای کلینیکی و اپیدمیولوژیکی، برنامه ریزیهای بهداشتی و آموزشی مربوط به رشته های علوم پزشکی، ایجاد وسیله ارتباط بین کادر پزشکی، راهنمایی برای مداوای آینده بیمار، تعیین شاخص استفاده بجا و مناسب از وسایل، امکانات و خدمات موجود در بیمارستان، پیگیری مراقبت بیمار پس از ترخیص، ارزیابی مراقبتهای انجام شده در مورد بیمار، کنترل هزینه خدمات درمانی برای بیمه شدگان و بسیاری مقاصد دیگر است.

بر این اساس، ضرورت ثبت کامل داده ها در پرونده پزشکی، مورد تأکید مراجع گوناگونی واقع شد. مطابق این قوانین مدارک بستری بیمار باید محتوی اطلاعاتی از قبیل: اطلاعات شناسایی بیمار، شکایت اصلی، بیماری فعلی، تاریخچه بیماری، تاریخچه خانوادگی، معاینات فیزیکی، سیر بیماری، برگ مشاوره، یک نسخه از فرم انتقال بیمار، گزارشات آزمایشگاهی و رادیولوژی، اعمال جراحی بکار برده شده، گزارشات مخصوص از قبیل سی تی اسکن و، با قید تاریخ و امضاء متخصص مربوطه باشد. و بر این اساس در برخی از ایالتهای امریکا لغو شدن پروانه کار پزشکان به علت عدم نگهداری پرونده و دقت در تکمیل آن به تصویب رسید.

ریا<sup>۱</sup> به عنوان یکی دیگر از صاحب نظران حرفه مدارک پزشکی اظهار می دارد: مدارک پزشکی عبارت است از مدارکی که در برگیرنده اطلاعات کافی برای به وضوح نشان دادن هویت یک بیمار خاص، ثبت مشکلات بهداشتی او، تعیین تشخیصها و

---

<sup>1</sup> - Huffman

درمانها و ثبت کردن دقیق نتیجه هرگونه درمان می باشد. این مدارک اغلب بر روی کاغذ بوده ولی ممکن است بصورت یک پرونده الکترونیکی ذخیره شده در یک کامپیوتر نیز باشند.

محتوای مدارک پزشکی محرمانه است و معمولاً حتی برای بیمار هم قابل دسترس نمی باشد. هر کدام از ارائه دهندگان مراقبتهای پزشکی، معمولاً یک مدرک مستقل مرتبط با نوع مراقبت انجام یافته را ارائه می دهند.

به عبارت دیگر می توان گفت که با ترکیب صحیح عناصر پرونده، مجموعه ارزشمندی بدست میاید و در یک برنامه آموزشی مناسب نحوه استفاده از پرونده در پذیرشهای متعدد و طی بررسی متناوب محتویات پرونده مشخص می گردد.

انجمن مدارک پزشکی امریکا اظهار میدارد: مشاغل وابسته به پزشکی که مدارک کافی را تهیه و نگهداری می کنند، باید جهت عملکرد صحیح و دقیق تشویق و ترغیب شوند، یا اینکه شرکتهای بیمه برای جلوگیری از زیان و به مخاطره افتادن درآمدشان، تأکید بیشتری جهت تهیه مدارک کافی نمایند.

مدارک پزشکی در به حداقل رساندن ضرر و زیانهای متعدد از جایگاه قابل توجهی برخوردار است و چرخه ویژه مراقبتهای پزشکی، استاندارد مراقبت و هرگونه دفاع از پرونده را مستند می نماید. مدارک پزشکی یکی از منابع معتبر اطلاعات علمی در مورد بیماران و بیماریهای موجود است که راهگشای محققین، اساتید، دانشجویان و کلیه افرادی است که همواره در جستجوی علم و دانش با استناد به یافته های پزشکی هستند. در واقع یک پرونده در صورتی قابل استفاده و مطالعه خواهد بود که محتویاتش با کیفیت و کمیت مناسب درج شده باشد، تا با استخراج اطلاعات از پرونده، بتوان کادر پزشکی و کادر اجرایی را در جهت برنامه ریزیهای اساسی آینده در مورد مراقبت و درمان بیماران راهنمایی نمود.

با توجه به اهمیت اطلاعات ثبت شده در اوراق مدارک پزشکی و کاربرد این اطلاعات در تسریع روند و اصلاح شیوه های درمان، نشان دادن عملکرد کادر پزشکی و پرستاری، دفاع از بیمار و بیمارستان، برنامه ریزیهای سازمانهای بهداشتی درمانی و اتخاذ تصمیمات صحیح و اصولی، لازم است پرونده های بالینی از هر جهت کامل باشند. کیفیت یک پرونده از نظر مطالعاتی و تحقیقاتی و اطلاعات علمی و آماری، دقیقاً وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط تکمیل کنندگان اوراق مدارک پزشکی ثبت می شود. با ثبت دقیق اطلاعات خواسته شده در اوراق مدارک پزشکی می توان بیمارستان را در جهت نیل به اهداف از پیش تعیین شده هدایت نمود.

لزوم توجه به اهمیت پرونده پزشکی باعث شد که در سال ۱۹۰۵، پزشکان رأساً به تفکر درباره وجود یک مدارک پزشکی مناسب و منسجم برای نگهداری سوابق پرداختند. در این سال در پنجاه و ششمین اجلاس سالیانه انجمن مدارک پزشکی امریکا، دکتر جرج ویلسون<sup>۱</sup> مقاله ای تحت عنوان چارت بالینی از بیماران در بیمارستانهای کوچک را قرائت نمود. در این مقاله دکتر ویلسون به ابزار نگهداری مدارک پزشکی کامل در جهت پیشرفت بهبودی بیماران در بیمارستانها تأکید نمود.

### مقاصد اصلی تشکیل پرونده پزشکی

با توجه به اینکه پیشبرد دانش و اطلاعات پزشکی از طریق انجام مطالعات و بررسیهای گذشته نگر است و این امر مهم، تنها با دستیابی به منابع اطلاعاتی دقیق و گرانبهای چون پرونده های پزشکی، امکان پذیر می گردد. نکته دیگر اینکه، بالا بردن کیفیت مراقبت بیمار از طریق توجه به اصل تداوم مراقبت است که نزدیکترین راه برای تأمین سریع بهداشت فرد و جامعه می باشد.

---

<sup>1</sup> - George Wilson

مفهوم تشکیل پرونده پزشکی چیزی به جز مستند نمودن دوره بیماری و درمان بیمار در خلال تمام دوران مراقبت از بیمار اعم از بستری یا سرپایی نیست. در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز در زمینه اهمیت مدارک پزشکی و ثبت دقیق اطلاعات، بیان شده است که: نگهداری صحیح مدارک پزشکی حائز اهمیت می باشد. اگر مدارک پزشکی ناخوانا، ناقص و مبهم بوده و بطور صحیح تکمیل نشده باشد، فاقد استفاده خواهد بود. زیرا کیفیت مدارک پزشکی یکی از موارد مهم از دیدگاه مدیریتی است.

بطور کلی مدارک پزشکی در مراکز بهداشتی و درمانی برای گروههای زیر کاربرد دارد.

### **واحد مدیریت**

#### **مدیریت مراقبت از بیمار**

- سندسازی در رابطه با بیماری بیمار و درمان وی در طی دوره درمانی
- ایجاد ارتباط مناسب و صحیح بین گروههای ارائه دهنده خدمات پزشکی و درمانی واسطه

### **پرونده های پزشکی**

#### **مدیریت اجرایی**

- محاسبات مالی
- برنامه ریزی و شناسایی داده های ضروری جهت انتخاب روش اجرایی و بهبود خدمات مؤسسه

## مراجع قانونی

از نظر قانونی، مدارک پزشکی ارزش زیادی به منظور دفاع از پزشک و بیمارستان و بیمار دارد. از جمله مشکلاتی که امروزه دامنگیر پزشکان می گردد، سوء درمان ناشی از سهل انگاری و غفلت است که در دهه اخیر به وفور دیده شده است. در این صورت چنانچه بیمار به دلایل مختلف از مراجع قانونی دادخواهی نماید، خواه شاکی خصوصی داشته باشد و یا از بیمارستان شکایت کند، داده های ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار و گزارشات پزشک معالج برای تصمیم، فوق العاده مؤثر است.

## کادر آموزشی، درمانی و پژوهشی

### آموزش

پرونده های پزشکی به عنوان منابع روزآمد اطلاعات در آموزش پزشکان و پیراپزشکان و هر آنکس که به نوعی در فعالیتهای درمانی دخیل است مورد استفاده قرار می گیرد.

### پژوهش

پیشرفتهای پزشکی امروزی در حقیقت مرهون ثبت نتایج تحقیقات پزشکان در گذشته می باشد. هر مدرکی که مطابق اصول علمی، بگونه ای قابل قبول و با دقت و صحت ثبت گردد. منبعی با ارزش برای مطالعه و تحقیق محسوب می شود. پزشکان سهم بسزایی در فراهم آوردن اطلاعات مورد نظر برای تحقیقات دارند، به شرطی که ثبت دقیق و کامل کلیه داده های مربوط به بیماری در پرونده های پزشکی توسط آنان رعایت شده باشد.

## بهداشت و درمان

- ارزش پرونده پزشکی برای بیمار

وجود یک پرونده کامل پزشکی و ثبت تمام بیماریهای شخص در طول مدت زندگی اهمیت فوق العاده ای دارد. مخصوصاً در پیگیری درمان بیمار و آگاهی از سوابق تاریخی بیماری، بسیار ارزنده بوده و به تشخیص و معالجه بیمار کمک قابل توجهی می نماید.

- ارزش پرونده پزشکی برای بیمارستان

از نظر بیمارستان، مدارک پزشکی محتوی داده هایی است که شامل مشاهدات انجام شده توسط پزشک و نتایج درمان بیمار می باشد. با استفاده از مدارک پزشکی، بیمارستان به تجزیه و تحلیل کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده می پردازد. لذا مهمترین ارزش مدارک پزشکی به لحاظ تشخیص و تعیین دلایل درمان می باشد. چه بسا بیمار ممکن است فوت نماید و مرگ وی بدلایلی باشد که قابل پیشگیری بوده، در چنین مواردی، مدارک پزشکی بیمار به منظور انجام تحقیق در زمینه علت مرگ، مورد توجه ویژه بیمارستان قرار می گیرد.

شایان ذکر است که برای بیمارستان اهمیت مرگ و میر کمتر از بیماری نیست و برای پزشکی مدرن امروزی، تنها دانستن این نکته که بیمار درمان شده و ترخیص یافته، کافی نمی باشد.

امروزه بیمارستان مسئول بررسی و مشخص نمودن نتایج بدست آمده از درمان بیمار و علل آن است. اگر نتیجه درمان، بهبودی بیمار باشد، بیمارستان و کادر درمانی باید بدانند چه نقشی در این بهبودی ایفا نموده اند. و یا اگر بیمار نگران پذیرش خود در بیمارستان است، آنها ملزم هستند که دلیل این نگرانی را بیابند و بررسی نمایند.

همچنین در یک بیمارستان منظم و پیشرفته علل نارسائیهای درمان باید مشخص شود و چنانچه این نارسائیها ناشی از بی توجهی کادر درمانی و کمبود امکانات و تجهیزات باشد، اطلاعات موجود در پرونده پزشکی گواهی بر این مسئله خواهد بود.

#### - ارزش پرونده پزشکی برای پزشک

مدارک پزشکی نه تنها به منظور آموزش رسمی دانشجویان پزشکی مورد استفاده قرار می گیرد، بلکه در آموزشهای غیررسمی و افزایش سطح علمی پزشکان نیز مؤثر است. زمانی که کادر پزشکی به منظور بازرسی عملکرد بیمارستان، مدارک پزشکی را مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهد، جزئیات مربوط به موفقیت یا شکست را به دقت بررسی کرده و نتایج حاصل را با میانگین های ملی مقایسه می کنند. چنانچه نتایج بسیار کمتر یا بالاتر از میانگین مورد نظر باشد، در صدد کشف علل آن بر می آیند. چنین نتایجی گرچه از نظر درجه علمی جزء آموزش رسمی محسوب نمی گردد. معذالک مکمل و جایگزین فرآیند آموزشی بوده که پزشک بدان نیازمند است.

#### - ارزش پرونده پزشکی برای بهداشت عمومی

هر جامعه ای دارای مشکلات بهداشتی مخصوص به خود می باشد، گرچه برخی بیماریها بین جوامع مختلف مشترک است، اما آنچه که حائز اهمیت می باشد این است که بیماریهای خاصی وجود دارند که شیوع آنها دوره ای بوده و در فصول خاصی دارای شدت متغیری می باشند.

مؤسسات بهداشتی برای حفظ و ارتقاء سطح بهداشت عمومی و کنترل بیماریها، نیازمند مطالعه حقایق و داده های مربوط به بیماریها هستند. این مؤسسات با استفاده از داده های موجود در پرونده های پزشکی خط مشی ها و سیاستهای بهداشتی را پایه ریزی می نماید. در حقیقت ثبت و نگهداری داده ها، تحت عنوان مدارک پزشکی، منبع عظیم اطلاعاتی در منعکس نمودن مشکلات بهداشتی و اطلاعات مربوط به اپیدمی ها و بیماریهای مسری می باشند.

## اهمیت مستند سازی مدارک پزشکی

یکی از ارزشمندترین ابزارهای مهم جهت بدست آوردن تجربه در علم طب ثبت داده های پزشکی است و همانطور که مطرح شد ثبت این یادداشتها نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار داشته و رابط بین پزشک و سایر گروههایی است که در امر درمان و مراقبت از بیمار سهیم هستند. همچنین این مدارک اسنادی قانونی است که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان بیماری ثبت می گردند.

از اهداف اولیه نظام اطلاعات بهداشتی و مدارک پزشکی، ارائه اطلاعات کامل، معتبر، مناسب، کافی و به موقع برای مدیران بیمارستانها، پزشکان، پزشکی قانونی، تحقیقات و پژوهشهای دانشجویی است و بیانگر سیر بیماریها می باشد. راه دستیابی به هدف فوق مستند سازی مدارک پزشکی است که رعایت قوانین مستندسازی برای مستندسازان پزشکی بلاخص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار اعم از بیماریهای فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان با استفاده از این قوانین به درستی ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند.

در این خصوص اسکورکا<sup>1</sup> اظهار می دارد: پرونده پزشکی بیماران مجموعه ای است از فرمهای عمومی و اختصاصی مدارک پزشکی که شامل اطلاعات مخصوص راجع به مراقبت بیمار می باشد و هدف از بررسی این اوراق، تعیین کامل بودن، دقیق بودن و کفایت اطلاعات آنها برای ایجاد استانداردهای مناسب است. که دو نوع عمده بررسی عبارتند از بررسی کمی و کیفی مستندسازی اطلاعات. البته بایستی بین بررسی کمی و کیفی مدارک پزشکی و ارزیابی مستقیم مراقبتهای پزشکی تفاوت قائل شد.

---

<sup>1</sup> - Skurka



آنچه مسلم است کارکنان مدارک پزشکی در بررسی کفایت مستندات مدارک پزشکی بایستی از قضاوت درباره کیفیت مراقبتهای ارائه شده و ارزیابی آن خودداری نمایند. لیکن بررسیهای کمی و کیفی بایستی نقاط ضعف و قوت پرونده را برای استفاده جهت ارزیابی کیفیت مراقبتهای ارائه شده مشخص نماید. مستندسازی مدارک پزشکی پیرو اصول و قوانینی است که بواسطه رعایت این قوانین می توان پرونده ای کامل و مستند را تنظیم نموده و از اطلاعات آن با اطمینان و اعتماد استفاده نمود.

قوانین مستندسازی به شرح ذیل بیان شده اند:

- (۱) توصیفی باشد
  - (۲) صریح باشد
  - (۳) از نقل قول مستقیم استفاده شود
  - (۴) به هنگام باشد
  - (۵) واضح و مداوم باشد
  - (۶) اشتباهات مستندسازی ثبت شود
  - (۷) کلیه اطلاعات مربوطه ثبت شود.
  - (۸) محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد
- مجدداً یادآور می شویم که رعایت قوانین مستندسازی برای مستندسازان پزشکی بالاحص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. از جمله مواردی که در زمینه مستندسازی مدارک پزشکی مطرح است عبارت است از:

طراحی و کنترل فرمها

داده ها لازمه حیات مؤسسات ارائه کننده مراقبت های پزشکی و بهداشتی است که شامل داده های پزشکی، اداری، مالی، مدیریتی و اجرایی می باشند این داده ها به

طور مکرر جمع آوری شده و جریان می یابند یا از طریق فرمها به استفاده کنندگان ارائه می گردند. البته به علت تنوع فرمها و با توجه به نیازهای مختلف، استفاده‌های متفاوتی از آنها می شود. ممکن است در طریق نگهداری و کنترل هزینه ها، نارسایی هایی رخ دهد و سبب کسب نتیجه مطلوب بشود.

طراحی نامناسب فرمها منجر به جمع آوری ناکافی داده ها، سهل انگاری در مستندسازی، فراهم آوردن اطلاعات غلط، دوباره کاری و نیز اشتباهات اساسی خواهد شد. بنابراین سیستمهای طراحی و کنترل فرمها باید وجود داشته باشد تا سبب اطمینان خاطر گردد که هر فرم به منظور معینی به کار رفته و تنها فرمهای مورد نیاز نگهداری می شوند و همه فرمها به آسانی در اختیار استفاده کنندگان قرار می گیرد.

### طراحی فرمها

یک فرم می بایست به منظور برآورده نمودن هدف کاربردی فرم مربوطه طراحی گردد. اولین نکته این است که فرم نه تنها برای جمع آوری داده ها بلکه برای گزارش اطلاعات مورد استفاده قرار می گیرد. لازم به یادآوری است که داده ها اعداد یا حقایق خام هستند و اطلاعات شامل داده هایی است که طبق دستورات مفید و معنی دار پردازش گردیده اند.

طراحی و کنترل فرمها چه بصورت ترسیم کاغذی یا طراحی و کاربرد رایانه ای بسیاری از عوامل را دربر می گیرد. طراحی فرمها نیازمند تعیین عناصر داده ها، شکل ظاهری، نحوه تکمیل اطلاعات کاربران، نوع کاغذ و نحوه چاپ می باشد و کنترل فرمها در برگیرنده صورت موجودی، شناسایی، مرور و اصلاح و خریداری فرمها می باشد.

### اصول اساسی طراحی فرمها

۱) مطالعه هدف استفاده از فرم و طراحی آن به همراه ذهنیات کاربران.

۲) طراحی فرم بصورت کاملاً ساده، حذف داده ها یا اطلاعات غیرضروری.  
۳) استفاده از اصطلاحات استاندارد جهت کلیه عناصر داده ها یا ارائه تعاریفی از اطلاعات.

۴) ارائه راهنمایی های لازم برای اطمینان از استمرار جمع آوری داده ها یا گزارش آنها.

۵) مترادف منطقی عناوین داده ها، مطابق با سند مرجع یا ارائه اطلاعات به روشی که توجه خواننده را جلب نماید.

فرمها بسیاری از اهداف را برآورده می سازند و فرآیند عملیات را ایجاب می کنند. به عنوان مثال: در فرمهای بالینی محلی برای امضاء یا اثر انگشت برای تعیین اعتبار فرم وجود داشته باشد و نوع جمع آوری داده ها در طراحی فرمها و مستندسازی آنها مؤثر است. فرمهایی که بدرستی طراحی شده باشند به استفاده کننده آموزش می دهند که چه باید انجام داد. چه داده هایی می بایست گردآوری نمود، داده ها را باید از کجا به دست آورد، چه طور، داده ها را دریافت نموده و چه اقدامی بر روی آن انجام دهد.

فرمها ضمن اینکه بیانگر مسئولیت فرد ثبت کننده اطلاعات است بلکه به عنوان مدارکی جهت بایگانی و ذخیره اطلاعات محسوب می شود و چنانچه بصورت صحیح طراحی شود منجر به اطمینان در همگونی جمع آوری و تفسیر داده ها و ایجاد ارتباط مناسب و صحیح می گردد.

نه تنها فرمها با هدایت صحیح کاربران منجر به تسهیل فعالیتها می شوند بلکه از ابعاد دیگر در افزایش بار فعالیتی تأثیر می گذارد و ثبت داده های غیرضروری در فرمها باعث اتلاف وقت زیادی جهت تکمیل آنها می گردد و وقتی که اطلاعات فرمها به طور خوانا و مفید تکمیل می شود، زمانی برای تعبیر و تصدیق تلف نمی شود. فرمها می بایست به طور منظم برای حصول اطمینان از استفاده آسان، نحوه و چگونگی بازبینی اطلاعات مورد نیاز، حذف داده های غیرضروری و معرفی اطلاعات معنی دار مورد تجدیدنظر قرار گیرند. فرمها اغلب به وسیله اشخاص مختلف تکمیل و

مورد استفاده قرار می گیرند. بنابراین اصطلاحات در فرم می بایست برای کلیه افراد شناخته شده باشد. و تا حد امکان اصطلاحات استاندارد مورد استفاده واقع شود. در صورت عدم وجود تعاریف اصطلاحات استاندارد فرم بایستی تعریف مشخصی را ارائه نماید. حتی برای جمع آوری داده های عمومی نیز وجود یک لیست راهنما ضرورت دارد. اختصارات، رمزها موجب صرفه جویی در فضا می گردند اما می بایست زمانی مورد استفاده قرار گیرند که برای کلیه خوانندگان دارای مفاهیم روشنی باشند.

#### نکات ویژه در طراحی فرمهای کاغذی

اگر چه قوانین خاصی برای طراحی فرمهای کاغذی و صفحه نمایش ورود اطلاعات رایانه ای و نیز گزارشات وجود دارد ولی نظریات متفاوتی در ساختار فرمهای کاغذی و رایانه ای اعمال می شود.

۵ جزء اصلی در طراحی فرمهای کاغذی عبارتند از:

سر صفحه یا عنوان (Heading)

مقدمه (Introduction)

دستور العمل ها (Instruction)

کالبد یا فرم بدنه (Body)

انتها یا خاتمه فرم (Close)

#### اصلاح فرمها

##### مراحل فرآیند اصلاح فرمها

مرحله اول: آنالیز رویه ها و خط مشی های جاری مؤثر بر فرآیند عملیات.

مرحله دوم: ایجاد چارت فعالیت براساس تجزیه و تحلیل فرمهای جاری.

مرحله سوم: تکمیل و مطالعه فرمها و نیز محاسبه آماری مطرح.

مرحله چهارم: تجزیه و تحلیل نتایج مطالعات برای کمک در ایجاد طرح نهایی.

مرحله پنجم: ایجاد شکل رسمی فرمها.

مرحله ششم: تحریر کتابچه راهنمای طراحی فرمها.

مرحله هفتم: بهبود شیوه اقدام به منظور تصویب شکل فرمهای مدارک پزشکی.

مرحله هشتم: دریافت اطلاعات و بازخورد آن از طرف کادر پزشکی و پیراپزشکی (تجدیدنظر رویه ها در کتابچه راهنما در صورت لزوم).

مرحله نهم: معرفی موضوع برای کمیته مدارک پزشکی جهت بررسی و تصویب (و تجدیدنظر در صورت لزوم)

مرحله دهم: معرفی به هیئت مدیره بیمارستان، معاونت درمان یا معاونت پژوهشی دانشگاه ذیربط برای تصویب (و تجدیدنظر در صورت لزوم)

مرحله یازدهم: اجرای خط مشی و روشهای موردنظر.

مرحله دوازدهم: بازبینی کلیه دستورالعمل های مربوط به تهیه و تکمیل فرمهای مدارک پزشکی جهت اختصاص هر دستورالعمل به یک فرم.

## ۲-۲) اصلاح فرمهای موجود

در رابطه با اصلاح فرمهای موجود بایستی میزان برآورده شدن نیازهای مؤسسه با فرمهای موجود و اطلاعات ثبت شده در آن، نحوه تکمیل اطلاعات، مکان یا زمان و روش تکمیل فرمها مورد بررسی قرار گیرد و عمده سئوالاتی که برای مورد فوق قابل بحث است عبارتند از:

الف) نیاز:

- آیا اطلاعات پیشنهاد شده در فرم فعلی مورد نیاز واقعی هستند؟
- آیا هزینه جمع آوری یا ثبت اطلاعات از ارزش آنها بیشتر است؟
- آیا فرم موجود و یا اقلام اطلاعاتی روی آن می تواند ترکیب، حذف، ساده، مرتب و یا افزایش یابند؟

ب) کارکنان پزشکی، بیمارستانی:

- آیا انجام تکمیل همه یا بخشی از اقلام اطلاعاتی فرم می تواند به کارکنان غیرمتخصص واگذار گردد؟
  - آیا برای سادگی کار، عملیات کنترل یا پردازش اقلام اطلاعاتی را میتوان به وسیله سایر واحدها یا متصدیان دیگر به انجام رسانید؟
  - آیا این عمل می تواند با اقدامات دیگر برای کنترل فرمها ترکیب شود؟
- پ) مکان:
- آیا تکمیل و پردازش فرم می تواند در واحد دیگری به نحو بهتری صورت گرفته یا با کار مشابهی در واحد دیگری ترکیب شود؟
  - آیا فرم می تواند به گونه ای طراحی شود که کاملاً نیاز را برآورده سازد و نیاز به طراحی فرم دیگر از بین برود؟
  - آیا فرم می تواند برای تسهیل امور بایگانی (بازیابی، نگهداری، انهدام) به نحو بهتری طراحی شود؟

ت) روش:

- آیا روش تحریر می تواند برای سهولت و بهنگام بودن تکمیل فرم تغییر یابد؟
- آیا رویه گردش فرم در فرآیند فعالیت قابل بهبود می باشد؟
- آیا فرم ایجاد شده به نحوی تهیه شده که بیشترین استفاده از تجهیزات دفتری نموده و با نظام اطلاعاتی جامعی در حال حاضر یا آینده مطابقت نماید؟
- آیا اطلاعات در این فرم می تواند برای دسترسی توسط اشخاص ذیصلاح متمرکز گردیده و سبب جلوگیری از تعدد بایگانی ها گردد؟

### ۳) جمع آوری داده ها برای طراحی یک فرم جدید

الف) نیاز:

- با تکمیل این فرم چه اقداماتی صورت خواهد گرفت؟
- آیا محتوی فرم با کاربرد آن مطابقت دارد؟
- همه یا بخشی از این اطلاعات روی چه فرمهای دیگری ثبت می شوند؟

- چه نواقصی در تکمیل این فرم یا انجام اقدامات مربوط به آن وجود دارد؟

(ب) کارکنان بیمارستانی و پزشکی:

- چه کسی به همه یا بخشی از این اطلاعات نیاز دارد؟ کادر پزشکی، پزشکان

خصوصی، دیگر کارکنان متخصص، حسابداران، بخشهای اداری، مؤسسات

خارج از بیمارستان، بیمه‌گران؟

- چه کسی اطلاعات را ثبت می‌کند؟

- چه کسی از این اطلاعات استفاده می‌نماید؟

- آیا این اطلاعات به صورت اصلی، خلاصه شده و یا آماری مورد استفاده قرار

می‌گیرد؟

(پ) مکان:

- شروع تکمیل فرم کجاست؟

- فرم در کجا کامل و پردازش می‌شود؟

- فرم به کجا فرستاده می‌شود؟

- فرم چگونه توزیع می‌شود؟

- فرم در کجا بایگانی می‌شود؟

(ت) زمان:

- اطلاعات چه هنگامی وارد فرم می‌گردند؟

- چه عواملی باعث تأخیر در تکمیل فرم می‌شوند؟

- آیا فرم در واحد تکمیل‌کننده آن باقی می‌ماند؟

- چه موقع فرم بایگانی می‌شود؟

(ث) روش:

- داده‌ها چگونه وارد فرم می‌شوند؟ دست‌نویس، تایپی، با واژه‌پرداز رایانه‌ای،

ریزپرداز رایانه‌ای؟

- اطلاعات مندرج در این فرم چگونه به واحدهایی که به همه یا بخشی از آن نیاز

دارند توزیع میشود؟

- چه واحدهایی همه یا بخشی از اطلاعات روی فرم را بایگانی می نماید؟
- چند بایگانی در بخشهای مختلف بیمارستان برای این کار وجود دارد؟



## انگیزه استاندارد کردن مدارک پزشکی در ایران

به طور کلی عوامل و دلائل زیر را می توان از انگیزه های مهم این برنامه دانست.

(۱) استفاده بیمارستانها از فرمهای متعدد و متنوع و عمدتاً نامتناسب و بعضاً غلط.

(۲) تغییر فرم به علت سلیقه های مختلف و در نتیجه اتلاف بودجه برای چاپ فرمهای جدید.

(۳) وقتی گیر بودن چاپ فرمها به علت وجود تشریفات و مراحل اداری که برای هر فرم مدتی به طول می انجامد.

(۴) وجود اختلاف و مغایرت زیاد بین نمونه فرمهای داده شده برای چاپ و فرمهای آماده شده و در نتیجه لطمه شدید به سیستمهای نگهداری مدارک پزشکی

(۵) محدودیتهای اقتصادی کمبود کاغذ کشور.

(۶) اتلاف بودجه زیاد به دلیل چاپ هر فرم خاص بوسیله هر بیمارستان.

(۷) کافی نبودن اطلاعات پزشکی در پرونده بیماران به علت وجود فرمهای غلط.

(۸) قابل استفاده نبودن بیشتر اطلاعات پرونده بیماران برای دانشجویان، کارورزان و دستیاران برای مقاصد پژوهشی و آموزشی.

(۹) بهم ریختگی سیستمها و روشهای مدارک پزشکی به دلایل فوق.

و اگر فرمها هر چه زودتر به شکلی هماهنگ و استاندارد طراحی نگردد مشکلات

عديده فوق همچنان باقی خواهد ماند و هرچه گذر زمان را ندیده بگیریم شاید حل مشکل صعبتر و سختتر گردد.

## فوائد برنامه استاندارد فرمها در ایران

استانداردسازی فرمهای پرونده در ایران محاسن زیر را بدنبال دارد:

(۱) صرفه جویی قابل ملاحظه در هزینه های چاپ فرم

۲) رهایی بیمارستانها از گرفتاریها و وقتگیریهای مربوط به مراحل چاپ فرمها.  
۳) صحیح و قابل استفاده بودن اطلاعات فرمها از لحاظ پزشکی، درمانی، آموزشی و پژوهشی.

۴) کارایی بیشتر کادر درمانی شاغل به لحاظ کار با فرمهای یک شکل.

۵) جلوگیری از اتلاف بودجه برای چاپ فرمهای متفرقه و احیاناً غلط.

۶) بهبود وضع کلی مدارک پزشکی در بیمارستانهای کشور.

و همچنین براساس اهمیت مدارک پزشکی و احتمالاً وجود مشکلاتی همانند موارد مطرح شده نیاز به انجام اقداماتی برای رفع عیوب مربوطه به نحوه ثبت اطلاعات در پرونده های پزشکی وجود دارد. شاید اولین قدم در این زمینه طراحی فرمهای صحیح که حاوی اطلاعات کافی و جامع و مناسب بوده و همچنین بهبود نحوه ثبت اطلاعات از جانب پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی و بهداشتی باشد.

### ارزیابی کمی و کیفی و اهمیت آن در خدمات بهداشتی و درمانی

ارزشیابی (ارزیابی) امری نو پا و تازه نیست، بلکه اصطلاحی است که قدمتی دیرینه دارد.

شاید بتوان گفت که قدمت ارزشیابی به زمان پیدایش انسان برمی گردد. انسان همواره در صدد ارزشیابی خود و اعمال دیگران بوده و به سنجش خوبیها و بدیها و نقاط ضعف و قوت اعمال خویش و دیگران پرداخته است. بیشتر مردم همیشه ارزشیابی را به عنوان فعالیتی عقلانی و قابل دفاع ستایش می کنند.

بنابراین طی قرنهای، اکثر دانشمندان ما، متذکر شدند که انسانها همواره درگیر ارزشیابی اعمال سایر مردم بوده اند. در نتیجه ارزشیابی یک مفهوم جدیدی نیست و کم و بیش بطور رسمی یا غیررسمی در اذهان عمومی وجود داشته است.

امروزه با توجه به اهمیت ارزیابی و ضرورت آن هر فعالیتی که بر مبنای برنامه های از پیش ساخته شده و برای نیل به هدفی معین انجام شود، و هدف این نکته

باشد که سرانجام و نتیجه کار چیست و اجرای برنامه در تحقق هدفها تا چه حد موفق بوده است، جزء برنامه ارزیابی محسوب می گردد.

از نظر تاریخی نقش پزشکان در ایالات متحده در رویه ارزیابی حائز اهمیت بوده است و جامعه پزشکان امریکا از ابتدا ارتقاء سطح مراقبت درمانی را در بیمارستانها مدنظر قرار داده اند.

به علاوه جراحان امریکا که در تشکیلاتی به نام کالج جراحان امریکا گردآمده بودند، طی اجلاس خود در کنگره سوم در سال ۱۹۱۲ تصمیمی مبنی بر استاندارد کردن تجهیزات بیمارستانی اتخاذ کردند. هدف از تصمیم فوق عبارت بود از اصلاح نقایص غیرقابل قبول بسیاری از بیمارستانها که در شرایط نامطلوب نسبت به ارائه مراقبتهای درمانی مبادرت می نمودند. نقایص مذکور عبارت بود از طرز کار آزمایشگاههای تشخیصی و بالینی، بخشهای رادیولوژی و بخش مدارک پزشکی. بدین ترتیب حدود ۶۰٪ از متقاضیان واحدهای درمانی شاهد رد عضویت خود در کالج جراحان امریکا شدند، زیرا پرونده پزشکی آنان ناقص اعلام شده بود.

در سال ۱۹۱۴ نیز حداقل استانداردهای بیمارستانی به تصویب رسید که تشکیل پرونده پزشکی کامل یکی از شرایط اصلی آن محسوب می گردید بدین شرح که: «کلیه بیماران باید دارای پرونده پزشکی مخصوص بخود باشند، پرونده آنان باید قابل دسترس و کامل بوده و شامل شرح حال شخصی و بیماری، آزمایشات، مشاوره ها و تشخیصهای انجام شده باشد».

در سال ۱۹۱۹ پنج استاندارد رسمی تحت عنوان حداقل استاندارد لازم از سوی کالج جراحان امریکا اعلام شد. استانداردهای رسمی مذکور عوامل و شرایط اصلی ارائه مراقبتهای درمانی در بیمارستان را مشخص نمودند. که یکی از عوامل اصلی رعایت «حداقل استاندارد»، تشکیل و نگهداری پرونده کامل پزشکی برای بیماران بود.

همچنین انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی امریکا<sup>۱</sup> (AHIMA)، در این زمینه اظهار می دارد که: در سال ۱۹۷۹ کمیته ای تحت عنوان کمیته ملی تضمین کیفیت<sup>۲</sup> (NCQA) بوجود آمد و برنامه های بهداشتی قابل محاسبه ای را برای ارزیابی کیفیت مراقبت و خدمات ارائه شده پیشنهاد کرد.

فرایند اعتبار سنجی توسط این کمیته، شامل دو مرحله ارزیابی درونی و ارزیابی برونی می باشد که توسط گروهی از پزشکان، پرستاران و مدیران انجام می گردد. در ارزیابی درونی، مستندات ضمیمه شده و مذاکرات انجام شده توسط اعضاء مؤسسه مراقبت بهداشتی و مدارک پزشکی مورد بررسی قرار می گیرد. ولی ارزیابی برونی شامل فراهم کردن یافته های اولیه ای است که از گزارشات نهایی تهیه شده و مجدداً مورد ارزیابی قرار می گیرد. این کمیته استانداردهایی را به منظور اعتبار سنجی مؤسسات مراقبت بهداشتی مطرح نموده است که یکی از این استانداردها، پرونده پزشکی است که بایستی با دقت مورد بررسی قرار گیرد. همچنین کمیسیون مشترک اعتبار سنجی مؤسسات بهداشتی<sup>۳</sup> (JCAHO)، استانداردهای اعتبارسنجی را برای شبکه مراقبت بهداشتی مطرح نموده است و این برنامه بمنظور معتبر ساختن اطلاعاتی است که معرف مراقب بهداشتی کامل می باشد.

### اهمیت ارزیابی کمی و کیفی مدارک پزشکی

اسکورکا<sup>۴</sup> اظهار می دارد: ”روشهای بررسی و تکمیل مدارک پزشکی بایستی ثبت گردد. به همین جهت چک لیستی<sup>۵</sup> برای تعیین موارد ثبت شده توسط پزشکان و چک لیست دیگری برای شناسایی هرگونه نقص معمولی تشخیص، درمان و خدمات

---

<sup>1</sup> - American Helath Information Management Association

<sup>2</sup> - National Committee for Quality Assurance

<sup>3</sup> - Joint Commision on Accreditation of Helath Care Organization

<sup>4</sup> - Eskorka

<sup>5</sup> - check List

پرستاری استفاده می شود چرا که هدف از بررسی پرونده پزشکی ایجاد مدارک پزشکی کامل، دقیق و به روز می باشد.

بررسیهای کمی و کیفی، مرور مستندات پرونده پزشکی جهت کمک به کادر درمان برای اصلاح امر مستندسازی پرونده ها است. این بررسیها، باعث تکمیل مدارک پزشکی بوسیله پرسنل مراقبت درمانی و بهبود مستندسازی می گردد. و عمدتاً نتایج ارزیابی به صورت فهرستی از نقایص تنظیم می شود و این نقایص مواردی بوده است که منطقاً بایستی بوسیله ارائه کنندگان مراقبت بهداشتی در جریان عادی امور و در طی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اجرا و در پرونده بیمار ثبت می گردیده است.

پرونده پزشکی از فرمهای متنوع و ویژه ای برای مراقبت و مداوای بیماران ویژه تشکیل شده است قبل از ترخیص بیمار و بایگانی نهایی پرونده پزشکی، پرونده پزشکی باید از نظر تکمیل اجزاء، مورد بررسی قرار بگیرد. این روند فرایند تجزیه و تحلیل کمی و کیفی پرونده نامیده می شود. پزشک معالج بیشترین مسئولیت را در تشکیل پرونده کامل به عهده دارد. به هر صورت مسئول مدارک پزشکی، پزشک معالج را در بررسی و کنترل کامل بودن پرونده کمک خواهد کرد. چنین تجزیه و تحلیلی مشخص می کند که پرونده پزشکی با خط مشی و سیاست های تعیین شده از جانب مدیریت بیمارستان مطابقت دارد یا خیر. تحلیل و بررسی نهایی تا روز پس از ترخیص یا مرگ بیمار باید به انجام برسد تا تأیید مراقبت کامل بیمار و یا تصحیح اطلاعات مربوط به بیمار را قبل از اینکه وی به هر عنوان از تیم تحت بررسی خارج شود تعیین نمود.

کارشناس مدارک پزشکی درگیر بررسی کمی و کیفی پرونده می باشد. مسئولیت تجزیه و تحلیل کمی و کیفی پرونده در جهت تضمین درونی و تکامل پرونده پزشکی به عهده وی می باشد.

از مهمترین نکات در تحلیل پرونده ها به هر عنوان بررسی نواقص موجود در آن می باشد. لیست نواقص که به پرونده پزشکی الصاق شده است، پزشک معالج را وادار می سازد که با صرفه جویی در زمان، پرونده پزشکی خود را تکمیل نماید.

عواملی که روی کیفیت و کمیت پرونده های پزشکی بیماران بستری در بیمارستانها اثر می گذارد عمدتاً به سه عامل: شکل و ساختار برگه ها و پرونده ها، آموزش درست نویسی و کافی نویسی به ثبت کنندگان داده ها، نظارت و هدایت سیستم توسط سرپرستان و مسئولان اجرایی و علمی بستگی دارد. و همچنین در ارتباط با استانداردسازی اوراق باید عنوان کرد که استاندارد کردن اوراق مدارک پزشکی قدم بسیار مهمی در ساماندهی سیستم مدارک پزشکی می باشد که با همت مسئولین و شیفتهگان این علم به انجام رسیده است. این اوراق دست کم جای نوشتن مطالب را نشان داده و این امر موجب سهولت فرایند تکمیل اطلاعات می شود و شاید هم تشویقی باشد برای تکمیل برگه ها، لذا برای ارتقاء کیفیت محتویات پرونده ها علاوه بر وجود اوراق استاندارد، درست نویسی و کافی نویسی، کنترل علمی و نظارت عالی هم لازم است. هرگاه نظارت زنجیره ای و عالی همراه با هم و به صورت نهادینه شده، جزیی از وظایف روزانه بکار گرفته شود کمیت و کیفیت هر دو به میزان بسیار خوبی ارتقاء خواهد یافت. باید پس از آغاز استانداردسازی اوراق پزشکی که فرایندی همیشگی و پایدار است، سیستم تشکیلاتی و پرسنلی مناسب واحد مدارک پزشکی را به منظور به انجام رساندن نظارت زنجیره ای (برای نیل به کمیت مطلوب) همراه با اهرمهای ضمانت اجرایی قوی، در درون و بیرون بیمارستان و پشتیبانی معاون یا مسئول امور آموزشی بیمارستان و درگیر کردن اعضاء هیأت علمی در اجرای نظارت عالی برای رسیدن به کیفیت مطلوب پدید آورد. بدیهی است که انجام این همکاری متنوع و بین بخشی خود نیازمند مجموعه ای هماهنگ و ناظر است. این مجموعه چیزی نیست جز همان کمیته مدارک پزشکی بیمارستان که منشاء ذیصلاح فعالیتهای مذکور بشمار می رود.

## جنبه های ارزیابی کیفی مدارک پزشکی

### ۱) ارزیابی محتویات (مندرجات) مدارک پزشکی:

چنین طرحهای مطالعاتی، معیارها و روشهایی را فراهم می آورد تا بتوان ارزیابی منظمی از تمام زمینه هایی که مربوط به کامل بودن محتویات پرونده بیمار بستری می شود، انجام داد. این نوع مطالعات کمک شایانی در جهت تشخیص مشکلات و محدوده آنها نموده و اقدامات اصلاحی ویژه و برنامه های پیگیری مؤثری را پیشنهاد می کند. هدف از این مطالعات مشخص نمودن نیازهای واقعی مدارک پزشکی و بیمارستانها می باشد. شاغلین مدارک پزشکی موقعیت ایده الی جهت آشکار نمودن نواقص محتویات پرونده پزشکی داشته و زنگ هشدار برای مسئولین، سرپرستان بخشها، کمیته ها یا مدیران می باشند. با استفاده از استانداردهای اعتبار بخشی، مقررات هیأت سرپرستی، قوانین کادر پزشکی و دیگر دستورالعمل ها می توان استانداردهای مورد نیاز را جهت بررسی مدارک پزشکی در سطح کشور توسعه داد. به منظور تصحیح نواقص محتویات مدارک پزشکی، همکاری کمیته بررسی مدارک پزشکی و دیگر بخشهایی که فرایند مستندسازی را انجام می دهند، مورد نیاز است.

از طریق بررسی پرونده های بایگانی شده می توان مؤثر بودن روشهای تجزیه و تحلیل کمی بخش مدارک پزشکی را ارزیابی نمود.

### ۲) مطالعات ارزیابی در زمینه جنبه های قانونی مدارک پزشکی:

در اینگونه مطالعات روشها و شیوه های مستندسازی مطمئنی بررسی می شوند که در ارتباط با جنبه های قانونی و به عبارتی مقبولیت قانونی پرونده پزشکی می باشد. چنین روشهایی از پزشک و بیمارستان در برابر دادگاه با اطمینان دفاع می کند. ارزیابی در این زمینه باید بصورت ادواری انجام شود تا مدارک دقیقی که قادر به پاسخگویی به کلیه نیازهای قانونی است ایجاد گردد. از نقطه نظر مؤسسات

بهداشتی و درمانی، مدارک قابل قبول جهت ارائه به دادگاه به منظور پیشگیری از سوء درمان ناشی از سهل انگاری یا غفلت باید واجد ویژگیهای زیر باشد:

الف) اطلاعات موجود در آن چنان کامل، دقیق، صحیح و جامع باشد که بواسطه آن بتوان از بیمارستان دفاع نمود.

ب) فرمهای پرونده فاقد هرگونه بی نظمی و مستندات سؤال برانگیز باشد.

معیارهای اساسی که در این قسمت باید مورد توجه قرار گیرد، عبارت است از:

نقص و از قلم افتادگی

مانند ناقص بودن برگ خلاصه پرونده، گزارش عمل جراحی و

#### تناقض ها

که معرف عدم تطابق داده های ثبت شده در پرونده بیمار می باشند همانند تغییر تاریخ پذیرش، ذکر مشخصات مختلف برای بیمار

#### فواصل زمانی طولانی

بصورت عدم رعایت توالی زمانی در ثبت داده ها و وجود فاصله زمانی طولانی بین ۲ یا چند اقدامی که می بایست پشت سر یکدیگر و با فاصله کوتاه زمانی انجام یابد.

#### جعل و تزویر

از قبیل خراشیدگی، امحاء، متفاوت بودن نوع یادداشتهای از نظر مرکب و

#### فقدان نظارت سرپرستار و ناظر

مانند عدم وجود امضاء در یادداشتهای و دستورات.

#### فقدان رضایت نامه



ناخوانا بودن اطلاعات ثبت شده توسط کارکنان بهداشتی و درمانی  
اظهارات غیر مربوط و عدم همخوانی اطلاعات ثبت شده در پرونده با یکدیگر  
فقدان مدرکی دال بر آموزش بیمار (ارائه اطلاعات کافی به بیمار)  
بطور مثال هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهنده توصیه هایی برای محدودیت  
فعالیت بیمار پس از عمل جراحی باشد.

### ۳) مطالعات ارزیابی ساختار فرمهای مدارک پزشکی:

این نوع مطالعات جهت ارزیابی دوره ای ساختار فرمهای مدارک پزشکی انجام  
می گردد و موجب اطمینان از کافی بودن و کارآمد بودن فرمها می شود. همچنین  
انجام چنین مطالعاتی باعث هماهنگی فرمها با پیشرفتهای و تغییرات قوانین شده و از  
نابودی داده ها جلوگیری می کند.

با انجام این سه نوع مطالعه، شاغلین مدارک پزشکی می توانند فعالیتهای کنترل کیفی  
متعدد و مهمی را انجام دهند، از آن جمله:

۱) اطمینان یافتن از کارایی مطلوب کارکنانی که مسئول تجزیه و تحلیل کمی و کیفی  
هستند.

۲) فراهم آوردن اطلاعات جنبی برای مدیریت، کادر پزشکی، بخشهای بیمارستان و  
کمیته هایی که مسئول تهیه نواقصی هستند که اعتبارسنجی بیمارستان را در معرض  
خطر قرار می دهد.

۳) ارائه طرحی به منظور کنترل خطرات بیمارستان و پیشگیری از خسارات و  
زیانهای چشمگیر.

۴) تهیه فرمهایی برای بخشهای بیمارستان و کادر پزشکی، بطوری که با بکارگیری  
آنها مستندسازی، کاملتر و مؤثرتر صورت گیرد.

۵) ارائه طرحی به منظور استمرار برنامه ها و موارد آموزش، بطوری که موجبات  
بهبود کیفیت و اصلاح امر مستندسازی فراهم گردد.

۶) ایجاد مدیریتی کارآمد و واقعی برای واحد مدارک پزشکی.

## بررسی کمی

صاحب نظران متعقداند که ”فرایند بررسی کمی عبارتست از مطالعه و بررسی اوراق پرونده های بیماران از لحاظ وجود فرم، امضاء، تاریخ و ثبت عناصر اطلاعاتی“

بررسی کمی برای تعیین کامل بودن مدارک پزشکی انجام می شود. این کار با ارزش بیانگر وجود یا فقدان موضوعاتی از قبیل موارد ذیل می باشد:

تصدیق (امضاء) برای تمامی ثبوتات مدارک پزشکی (یادداشتهای سیر بیماری، دستورات پزشک، گزارشات عمل جراحی و غیره)

گزارش عمل جراحی، گزارش بیهوشی، گزارش آسیب شناسی، گزارشات بعد از عمل (اتاق بیهوشی) برای بیمارانی که احتیاج به عمل جراحی دارند.

## خلاصه ترخیص

تشخیصها و اقدامات اصلی و فرعی که بوسیله پزشک معالج نوشته و تائید می شوند.

## تاریخچه بیماری و گزارش معاینات فیزیکی.

گزارشات تمام آزمایشات تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، نوار قلب و نوار مغز و غیره)

گزارش قبل از زایمان که در پرونده های مامایی نگهداری می شود.

## جنبه های مورد ارزیابی در بخش مدارک پزشکی

واحد پذیرش:

از آنجایی که بخش پذیرش اولین گام جهت ورود بیماران به مراکز درمانی است به این نام خوانده می شود، اما وظیفه حفظ مدارک مربوطه به بیماران ترخیصی و فوتی، مسئولیت انتقال بیماران، برنامه ریزی اعمال جراحی، دادن اطلاعاتی در مورد شرایط بیمار به وی نیز به عهده واحد پذیرش می باشد. بنابراین بخش پذیرش بیمارستان در سازمانی که ارائه دهنده مراقبتهای حرفه ای برای بیماران است بخش مدارک پزشکی خصوصاً بخش پذیرش به عنوان قلب بیمارستان محسوب می گردد. بخش پذیرش به عنوان سیستم مخابره ای (پیغام رسانی و انتقال اطلاعات) بیمارستان می باشد و هر ۲ تعاریف فوق شایسته این بخش است.

واحد پذیرش بیماران در بیمارستان نباید صرفاً به عنوان پذیرش بیماران و گذراندن آنان از یک کانال روتین و فرستادن آنان به اطاق یا بخش باشد بلکه بخش پذیرش شبیه به سایر بخشهای بیمارستان باید خط مشی های واضح و قابل درکی را داشته باشد که فعالیتهای گوناگون آن را تحت پوشش قرار دهد و این خط مشی ها توأم با رعایت حقوق بیماران و ایجاد ارتباطی خوب بین بیمارستان و مراجعه کنندگان باشد.

#### **خط مشی های پذیرش عبارتند از:**

پذیرش و ترخیص بیماران

برنامه های اعمال جراحی (تعیین نوبت)

انتقال بیماران

ایجاد نظم جهت موارد اورژانسی و مرتب نمودن آن.

صدور گواهی تولد و فوت

ایجاد ارتباط مناسب با بیماران، عیادت کنندگان، سایر مراجعین که به نحوی با بیمارستان ارتباط دارد.

اجرای روند ترخیص در شرایطی که با وجود خدمات ارائه شده به بیمار، وی فوت نموده است.

لازم به ذکر است که قبل از تأیید هر خط مشی باید در مورد آن با بخشهای مختلف مشورت نمود به جهت اینکه اثرات ناشی از اجرا، برقراری و تغییر خط مشی های جدید در بخشهای متفاوت، مختلف است و بعد از تأیید خط مشی ها، مسئولیت واحد مدیریت، برقراری تعاریف و روشها و دستورالعملها، در فعالیتهای هر واحد می باشد.

### واحد بایگانی و مدارک پزشکی

همانگونه که مطرح شد مدارک پزشکی عبارت است از دلیل قابل مشاهده ای از آنچه که در بیمارستان انجام یافته و سندسازی به موقع در مورد اقدامات بهداشتی و درمانی که برای بیماران انجام شده است.

لذا در واحد بایگانی و مدارک پزشکی توسط کادر این واحد باید مدارک پزشکی تنظیم، تکمیل و مرتب گردد و با بررسی پرونده وجود کلیه اوراق مربوط به اقدامات خاصی که جهت بیمار در آن مرکز درمانی انجام یافته است تثبیت و با سیستمی مناسب نگهداری گردد. تا امکان دستیابی به حداکثر اطلاعات در حداقل زمان در بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی مقدور شود.

### واحد کدگذاری

هدف از تخصیص شماره رمز یا کد، تعیین تشخیص و تفکیک موضوعات مورد بررسی از یکدیگر و سهولت مراجعه به اطلاعات و ارائه آمارهای مختلف می باشد. وجود کتاب ICD منجر به هماهنگی روش اجرایی طبقه بندی بیماریها و روشهای درمانی در کشورهای متعدد و انجام کدگذاریها، راه مؤثری جهت طبقه بندی مدارک پزشکی براساس تشخیص های داده شده و درمانهای انجام یافته برای بیماران، بازنگری مراقبتهای بهداشتی، دسترسی به مدارک پزشکی بطور سریع، تحقیق و پژوهش در زمینه بیماریها و درمان آنها و دستیابی به آمارهای بهداشتی و حیاتی در

یک مرکز درمانی می باشد و از همه مهمتر اینکه با بکارگیری صحیح سیستمهای کدگذاری، اطلاعات بسیار گسترده و با ارزشی در زمینه های مختلف آموزش علوم پزشکی و پیراپزشکی بدست خواهد آمد. انجام اقدامات فوق منجر به بهبود شرایط بهداشتی محیط، جلوگیری و کنترل بیماریها، هماهنگی و توسعه تحقیقات پزشکی، طرح ریزی و اجرای برنامه بهداشتی می گردد، طی نمودن مراحل تعالی در بهداشت در گرو اجرای مواردی همانند پایه گذاری استانداردهای بهداشتی برای موارد بیولوژیکی و دارویی، دستورات بهداشتی بین المللی، طبقه بندی علت های مرگ و میر و جمع آوری و انتشار اطلاعات آماری بهداشتی است.

### آمار بیمارستانی

آمار بیمارستانی منعکس کننده کلیه فعالیتهای مراکز درمانی می باشد و به ۲ قسمت آمارهای پزشکی و بهداشتی تقسیم می شود که هر کدام بیانگر گروهی از اطلاعات قابل استناد هستند.

آمار بیمارستانی اگر به گونه ای صحیح جمع آوری شود و توسط کارشناسان فن مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد منشاء بسیار مهمی برای ارزیابی وضعیت بیمارستان و وسیله نظارتی مفیدی در دست مدیران می باشد. ارزیابی صحیح و آنالیز درست اطلاعات جمع آوری شده آماری راهگشای بهینه سازی وضعیت پزشکی و بهداشتی مراکز بهداشتی و درمانی می باشد.

### پرسنل مدارک پزشکی

در هر برنامه ریزی صحیح به خصوص در طراحی ساختاری بیمارستان لازم است که مقدماً تعداد نیروی انسانی مورد نیاز و نیز افرادی که از فضاهاى مختلف آن به نحوى استفاده مى کنند مشخص و معین گردد.

برای تعیین و تشخیص این تعداد، نیاز به معیارهای مورد قبول و علمی است که براساس امکانات فضای داخل ساختمان، محیط خارج آن، سیستم های گردش کار و نیز اطلاع از هدف ایجاد و نوع خدمت مورد نظر و وسعت فعالیتهای موجود در هر واحد پیش بینی شده باشد تا نه تنها در محاسبات و طراحی ساختمان از نظر تردد، گردش کار و غیره مورد استفاده و احتساب قرار گیرد بلکه نسبت به تربیت نیروی انسانی مورد نیاز قبل از راه اندازی، اقدامات لازم به عمل آید.

با این دید عده ای از کارشناسان علوم بیمارستانی طی برآورد و بررسی در ایران استاندارد پرسنل مورد نیاز برای بیمارستانهای تیپ ۱۲۸ تختخوابی را که مبنای انتخاب برای استاندارد تجهیزات نیز بوده است، جهت بخش مدارک پزشکی به شرح زیر پیشنهاد کرده اند.

- |   |       |
|---|-------|
| ۱) رئیس اداره اطلاعات و آمار و مدارک پزشکی <sup>۱</sup> | ۱ نفر |
| ۲) مسئول پذیرش و اطلاعات                                | ۱ نفر |
| ۳) متصدی پذیرش سرپائی و بستری اورژانس <sup>۲</sup>      | ۳ نفر |
| ۴) منشی و ماشین نویس <sup>۳</sup>                       | ۱ نفر |
| ۵) متصدی اطلاعات <sup>۴</sup>                           | ۲ نفر |
| ۶) مسئول آمار   | ۱ نفر |
| ۷) متصدی مدارک پزشکی                                    | ۲ نفر |
| ۸) منشی بخشها   | ۶ نفر |

همچنین براساس نشریه شماره ۴ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مربوط به دفتر تشکیلات و بودجه در خصوص روشها و استانداردهای تشکیلاتی

---

<sup>۱</sup> - کدگذاری توسط رئیس اداره پذیرش و اطلاعات و آمار مدارک پزشکی انجام می شود.

<sup>۲</sup> - تهیه شده توسط دکتر عباس معافی و گروه کارشناسان دفتر تشکیلات و بهبود روشها.

<sup>۳</sup> - تعداد پرسنل برای ۲ شیفت کاری صبح و عصر و ۵ واحد درمانگاهی و یک شیفت روزهایی تعطیل در نظر گرفته شد.

<sup>۴</sup> - پرسنل پیشنهادی بایستی مسلط به تایپ فارسی و لاتین از طریق رایانه ای باشند.

بیمارستانهای آموزشی درمانی سال ۱۳۷۱<sup>۱</sup> چارت تشکیلاتی به شرح زیر موجود است.

عنوان	۰-۱۰۰ تخت	۱۰۰-۳۰۰ تخت	۳۰۰ تخت به بالا
مسئول بایگانی و مدارک پزشکی و آمار	۱	-	-
مسئول پذیرش و اطلاعات	-	۱	۱
مسئول بایگانی	-	۱	۱
متصدی پذیرش و اطلاعات	۴	به ازای هر ۱۰۰ تخت اضافی یک نفر	
متصدی پذیرش و آمار	۲	به ازای هر ۱۰۰ تخت اضافی یک نفر	
بایگانی مدارک پزشکی	۲	به ازای هر ۱۰۰ تخت اضافی یک نفر	
جمع	۹		

<sup>۱</sup> - تعداد پرسنل پیشنهادی برای دو شیفت کاری و ایام تعطیل در نظر گرفته شده است.

### خط مشی ها در زمینه فعالیت‌های بخش مدارک پزشکی

هر واحدی از مراکز بهداشتی و درمانی با توجه به هدف کاربردی آن واحد و منطبق با سیاست‌های مورد انتظار در آن قسمت نیازمند به وجود خط مشی‌ها و دستورالعمل‌های منطبق با اهداف و دستورالعمل‌ها و خط مشی‌های کلی مراکز هستند تا در عین انجام صحیح فعالیت‌ها و برآورده نمودن اهداف اختصاصی واحد مورد نظر به عنوان چرخه از روند تکاملی سازمان، مراکز بهداشتی درمانی را به هدف خود نزدیکتر نماید.

خط مشی‌ها به منزله راهنمایی برای تصمیم‌گیری در تمام فعالیت‌ها است که بایستی جامع، عملی و در صورت لزوم قابل انعطاف باشد و دستورالعمل‌ها نیز شامل روش‌های اجرایی فعالیت‌ها است که هر دو مورد بایستی هر چند وقت یک بار منطبق با سیاست‌های موجود ارزیابی و بازنگری گردد، و از آنجایی که بخش مدارک پزشکی واحدی است با مجموعه اطلاعات محرمانه مربوط به بیمار و منبع اطلاعاتی است که برای گروه‌های مختلف آموزشی، تحقیقاتی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد بایستی خط مشی‌ها و دستورالعمل‌ها مشخص و از پیش تعیین شده‌ای برای انجام هر چه بهتر فعالیت‌ها داشته باشد تا هم بخش مدارک پزشکی بطور صحیح اداره گردد و هم اهداف سازمان برآورده شود.

سعی بر این است در قسمت‌های بعدی این طرح به بررسی هر یک از واحدهای تحت پوشش بخش مدارک پزشکی بپردازیم و از جنبه‌های مختلف فعالیت‌های آنها را مورد بررسی قرار دهیم.