



## الزامات مستند سازی نظام بیمه ای

مجتمع آموزشی، درمانی و پژوهشی پیامبر اعظم

آدرس: بندرعباس- بلوار جمهوری اسلامی ایران

شماره تماس: ۰۷۶۳۳۳۴۷۰۰۰

فاکس: ۰۷۶۳۳۳۴۵۰۰

مقدمه : در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین و غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار مهم ترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است. پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخ گوی تمامی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند. یکی از مشکلات در خصوص مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی ثبت ناقص اطلاعات است. ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی (ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، از کارافتادگی) ایجاد می کند همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها مثل افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان ایجاد می کند.



الزامات مستند سازی بیمه ای :

۱.اطلاعات سربرگ فرم های پرونده بیمار (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش، و نام پزشک معالج) باید باید بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.

۲.در تمام گزارش های موجود در پرونده های بستری درج تاریخ و ساعت در محل مربوط خود الزامی است.

۳.اطلاعات در پرونده کاغذی باید با خودکار آبی یا مشکی ثبت شود.

۴.کلیه مستندات باید واضح، مداوم و پیوسته باشد و هیچ فضای خالی یا قابل استفاده در بین نوشته ها نباشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املا صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

۵.گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید تاریخ و ساعت داشته باشند و باید توسط شخصی که آنها را درخواست کرده پاراف شود (در مشاوره ها نوع مشاوره باید دقیقاً ذکر و درخواست انجام مشاوره باید در دو پاراگراف متفاوت آورده شوند).

۶.برگه های مشاوره باید توسط رزیدنت سال سوم به بالا همراه با ذکر تاریخ و ساعت مهر و امضاء گردد در غیر اینصورت کل مشاوره کسر می گردد. چنانچه پزشک 2K باشد توسط خود پزشک مهر و امضاء گردد. در قسمت درخواست مشاوره مواردی مانند سابقه بیماری بیمار، علت انجام درخواست مشاوره ذکر گردد و از نوشتن لطفاً بیمار را ویزیت کنید خود داری شود.

۱۸. در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

۱۹. کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند .

۲۰. با توجه به تذکرات مکرر سازمانهای بیمه گر و کسر ویزیت RPO حتی امکان از نوشتن کلمه مذکور در چند ویزیت خودداری شود .



۱۴. دستورات پزشکی دستیار باید توسط اتند حتما تایید گردد.

۱۵. برگ شرح حال و معاینه بدنی باید بطور صحیح تکمیل گردد.

۱۶. تمامی درخواست های پزشک ( مانند CT, ECG, گرافی ) که بصورت شفاه و تلفنی جهت بیماران انجام می شود در اولین فرصت به محض ورود پزشک معالج به بخش باید بصورت یک **Order** جداگانه ثبت گردد و در پایان **Order** قبلی اضافه نشود .

۱۸. تمامی دستورات پزشک **2K** در پرونده های درمان طبی ( بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار نگرفته اند بایستی توسط خود پزشک مهر و امضا و در ستون های مربوط به خود ثبت گردند و چنانچه توسط رزیدنت مهر و امضا شود **K** دوم کسر می گردد لازم به یاد آوریدست مهر و امضای اینترن به هیچ وجه قابل قبول نمی باشد .



۱۷. اخذ رضایت نامه در اجازه درمان و رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی و قیم و یا سرپرست قانونی الزامی است و باید مهر و امضای پزشک معالج و رزیدنت مربوطه هر دو وجود داشته باشد .

۸. پزشک معالج مکلف است که تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و بطور کامل ثبت کند (تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماریهای همراه با سایر عوارض می باشد ) .

۹. فرم پذیرش و خلاصه ترخیص باید امضای مسئول پذیرش و مهر و امضاء رزیدنت را داشته باشد و پس از بررسی و اطمینان از کامل بودن پرونده ، مهر و امضای پزشک معالج و امضای سرپرستار بخش الزامی است ( تاریخ مراجعه بعدی نیز باید حتما ذکر گردد.)

۱۰. تکمیل کلیه مندرجات خواسته شده در برگ خلاصه پرونده و و سیر بیماری ، مشاوره پزشکی و بقیه اوراق پرونده به طور کامل و در محل مربوطه الزامی است .

۱۲. فرم آموزش به بیمار باید توسط پزشک بطور دقیق و کامل تکمیل شود .

۱۳. فرم تلفیق دارویی باید توسط پزشکان کامل و تایید شود .