

مستندسازی پرونده بیماران توسط فراگیران

موارد مربوط به پزشک معالج در خصوص تنظیم اوراق پرونده بیمار

۱. پزشک معالج مکلف است که تشخیص های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زیان انگلیسی و به صورت کامل ثبت کند.
۲. در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.
۳. تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی (Condition Main) و بیماری های همراه (comorbidity) و سایر عوارض (Complication) می باشد.
۴. یک عبارت تشخیصی کامل باید حتی الامکان هم ماهیت اتیولوژیک (علت زمینه ای موجد بیماری یا حالت پزشکی) و هم عارضه بالینی ایجاد شده توسط آن علت خاص (Manifestation) را مشخص نماید. برای مثال:
 - Anemia due to blood loss from chronic gastric ulcer
 - Gonococcal Cystitis
 - Lyme disease arthritis
۵. در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود و در عبارت تشخیصی باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیکی در گیر را به دقت مشخص نماید. برای مثال:
 - Acute myocardial infarction of inferolateral wall.در مورد سایر عبارات تشخیصی و قوانین مرتبط، در فصل قوانین تشخیصی توضیحات الزم آورده شده است. از اصطلاحات مناسب و ارجح (term pereferd) مطابق با کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD) برای ثبت تشخیص ها استفاده شود.
- استفاده پزشکان از این اصطلاحات کمک زیادی به کدگذاری صحیح پرونده ها می کند. مثال:
 ۶. از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ها تا حد امکان خودداری گردد .
 ۷. از ثبت عالم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.
 ۸. اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم در قسمت مربوطه و به زیان انگلیسی و به صورت کامل، توسط پزشک معالج یا جراح ثبت گردد

۹. در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است .

۱۰. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:

• اقدام اصلی انجام شده (مثل Removal، Insertion، Extraction، Replacement، Excision و ...)

• قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود (مثل intracranial، Lung،

• روش انجام اقدام (مثل Open، Percutaneous، Transtemporal)

۱۱. در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، علت خارجی صدمه یا مسمومیت به زیان انگلیسی و به صورت کامل ثبت گردد

۱۲. در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است

۱۳. ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت باید شامل موارد زیر باشد:

• مکانسیم حادثه (تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو خوردگی، سوختگی و ...)

• قصد حادثه (تصادفی، عمدی، نامشخص)

• نوع شی (چاقو، اتو، چکش، ...)

• مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه) نوع فعالیت فرد (در حال ورزش، حین کار)

۱۴. حتی المقدور پزشک باید در ثبت علت خارجی صدمات و مسمومیت ها، عبارت تشخیصی شامل مکانسیم حادثه، قصد و محل رخداد حادثه باشد

۱۵. برا توضیحات بیشتر در مورد نحوه ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابالغ خواهد شد .

۱۶. وضعیت بیمار به هنگام ترخیص، ثبت گردد. 24. در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از ۴۸ ساعت الزامی است .

۱۷. در صورت انجام اتوپسی برای بیماران فوت شده، در محل مربوطه ثبت گردد.

❖ پزشک معالج بایستی پس از دستور ترخیص، اقدام به تکمیل این فرم نماید و محتوی خلاصه ترخیص باید شامل موارد زیر باشد:

- دلیل بستری شدن بیمار
 - خلاصه ای مختصر از تشخیص ها و یا هرگونه بیماری همراه و یا عارضه
 - مهمترین یافته‌های دوران بستری
 - اقدامات انجام شده و درمان ارائه شده
 - شرایط بیمار در زمان ترخیص (توصیف محدودیت ها)
 - ثبت دستورات بیماران و خانواده آنها برای ادامه مراقبت و یا پیگیری
- ❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار الزامی است.
- ❖ تکمیل کلیه موارد ثبت شده بر روی این فرم (تاریخ ترخیص، شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه ، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی، سیر بیماری، وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص) الزامی است .
- ❖ ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی الزامی است.
- ❖ در مورد ثبت صحیح تشخیص ها و اعمال جراحی، راهنمای اصول تشخیص نویسی ابالغ خواهد شد.
- ❖ در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعالجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه پرونده اشاره شود.
- ❖ مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است.
- ❖ وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است (الزم به توضیح است که کپی این فرم باید به بیمار داده شود.)

- ❖ فرم شرح حال و معاینات بدنی باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد .
- ❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

❖ اطلاعات این فرم باید از بیمار گرفته شود. در صورتی که به هر علتی اخذ تاریخچه قابل اعتماد از بیمار امکان پذیر نباشد باید تاریخچه از بهترین کسی که دقیقترین و بیشترین اطلاعات را دارد اخذ گردد

❖ شرح حال بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

- شکایت اصلی: شرح مختصری از ماهیت، عوارض و نشانه های بیماری و مدت زمانی که عاظم ناراحتی وجود داشته و نوع و علتی که سبب مراجعه بیمار به پزشک شده از زبان خود بیمار
- در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، نحوه بروز حادثه یا مسمومیت ثبت گردد، ثبت باید شامل: نوع صدمه (زخم باز، شکستگی، دررفتگی، و ...)، موضوع آناتومیکی دچار صدمه، مکانسیم حادثه (تصادف، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو 10 خوردگی، سوختگی و ...)، قصد حادثه (تصادفی، عمدی، نامشخص)، نوع شی (چاقو، اتو، چکش، ...)
- مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه، ...) و فعالیت فرد هنگام حادثه (رانندگی، آشپزی، ورزش، ...)، و نحوه انتقال مصدوم به بیمارستان باشد
- بیماری فعلی: شرح کاملی از زمان پیدایش بیماری بر حسب تاریخ و پیشرفت بیماری از بروز نخستین عالمت تا حال حاضر
- سابقه قبلی: خالسه ای از کلیه بیماری های قبلی مانند: بیماری های عفونی حاد، سوانح، مسمومیت، جراحی ها، حساسیت ها، حساسیت های دارویی - در مورد زنان متاهل، تعداد بارداری های قبلی، زایمان، تولد زنده و سقط جنین نیز باید ثبت گردد - در مورد اطفال سابقه واکسیناسیون، ناهنجارهای مادرزادی، نارس بودن یا بیمارهای دوران نوزادی ثبت گردد - در مورد اطفال کمتر از یک سال وزن هنگام تولد ثبت گردد .
- سابقه شخصی: وضعیت تاهل، عادات، سوابق اجتماعی، شغلی و محیط کار و زندگی فرد، به خصوص اگر این عوامل در ایجاد بیماری نقش داشته باشند - در مورد بیماران معتاد به مواد مخدر، مدت زمان اعتیاد به مواد مخدر، نوع مواد مخدر مصرفی، میزان مصرف، ثبت گردد. در مورد معتادان تزریقی و آلودگی به ویروس هپاتیت یا ایدز ثبت گردد .
- سابقه خانوادگی: شرح بیماری های خانوادگی که در آنها وراثت نقش داشته، بیماری های روانی، سرطان ها و مسائل عمده سلامت بستگان درجه یک - در مورد بیماران با تشخیص سرطان، وجود

سابقه سرطان در بستگان درجه یک ثبت گردد - در مورد بیماری های وراثتی، وجود سابقه بیماری در بستگان درجه یک ثبت گردد

- سابقه اجتماعی (مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت روزانه)
- سابقه دارویی (داروهای در حال مصرف و حساسیت ها)
- معاینه بدنی بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:
الف) بررسی سیستمیک اعضای بدن شامل:

عمومی: شامل تغذیه، تب، عرق شبانه، ریزش مو، افزایش و یا کاهش وزن و هر نوع اشتغال یا عاداتی که احتمالاً بر پیدایش و یا بروز بیماری موثر بوده است .

پوست: سابقه جوش، کبودی و سیانوز، زردی (یرقان) و سایر ناراحتی های پوستی
سر: سردرد، مدت ، شدت، خصوصیت و محل آن

چشم ها: (کشش، درد، دوبینی، نورگریزی) عدم مقاومت در مقابل نور، آب ریزش، استعمال عینک) تاریخ آخرین معاینه (، التهاب ، دید مه آلود، دیدن لکه های سیاه ...

گوش ها: ناشنوایی، ترشح، وجود صداهای پیچیده، گیجی، درد ...

بینی: سرماخوردگی، خون ریزی، ترشح، گرفتگی، آب ریزش، درد سینوسی و...

گلو: درد، قرمزی، گرفتگی صدا، اشکال در بلع و...

تنفس: درد سینه، خلط خونین، دفع خلط و بلغم از سینه، تنگی نفس، سرفه، تعریق شبانه، تاریخ آخرین عکس و ...

عصبی - عضلانی: ضعف تحرک، درد مفاصل، خارش و مورمور شدن، واریس، تغییر شکل و...

قلب و عروق: درد سینه، آسم، طپش قلب، ضربان تند، غش، سرگیجه، ورم و ...

معدی - روده ای: اشتها، عطش، تهوع، قی، استفراغ خونی، ملنا، استفراغ سیاه، قولنج، یرقان، اسهال، خصوصیات ویژه غذایی و ...

تناسلی - ادراری: اشکال در ادرار و سوزش، تکرر ادرار، خواب ادراری، دفع غیر ارادی، چرک در ادرار، خون در ادرار و ...

قاعدگی: دفعات، نوع، طول مدت قاعدگی، قاعدگی دردناک، خونریزی، عاظم یائسگی، قرص و یا وسائل ضد بارداری استفاده شده یا خیر و ...

وضعیت روانی: تیپ شخصیت، عواطف و احساسات، سردردها، تشنجات، فلج ها، ضعف اعصاب، فشار محیطی، از دست دادن حافظه، بی خوابی، کابوس، رفتارهای بیمارگونه اجتماعی و..

ب) فهرست موارد مهم در معاینات بدنی:

عالم حیاتی: این عالم عبارتند از وزن، قد، درجه حرارت بدن، نبض، تنفس و فشار خون که نشان دهنده ماهیت زنده و غیر زنده هستند.

- عمومی: وضعیت و حالت اندام های مختلف، وضعیت تغذیه، سن ظاهری، آنچه که از وضعیت بدنی شخص و خطوط چهره مشخص می شود، شدت و حالت بیماری، وضعیت عاطفی- روانی.
- پوست: رنگ، کیفیت، رنگدانه های پوستی، از نظر تجمع و پراکندگی و رنگ، خون مردگی، پتیشیا، کیفیت توزیع موها، ناخن ها، میگزودم، تعریق، جراحات احتمالی و زخمها، زردی و سایر عالم سر و چشم ها شامل:

○ جمجمه و پوست سر: از نظر عمومی و ترکیب آنها و وجود زخم و یا اثر جراحی و سوختگی بر روی آنها .

○ پلک ها: از نظر تورم، پائین افتادگی غیرطبیعی و...

○ صلیبه: سفیدی چشم از نظر وجود خونریزی و یرقان

○ ورم ملتحمه: رنگ پریدگی تزریق و تنقیه و یا وجود پتیشیا

○ قرنیه: از نظر اثر زخم و جراحی

○ مردمک: از نظر اندازه، شکل کیفیت عملکرد، تطابق و واکنش در مقابل نور و سایر تحریک کننده ها

○ بینائی: شدت و قدرت دید، حوزه بینائی

○ بیماری های چشمی: گرفتگی ها و دیسک های بینائی، عروق چشمی، ترشحات و خونریزی ها

- گوش ها: اندام تیمپانیک، کانال ها و مجاری، شنوائی، تخلیه و ترشح و...

- بینی: مجاری هوایی، مخاط، تیغه بینی، سینوس ها، ترشحات، خونریزی و بویائی
- دهان: تنفس، لبها، دندان ها، لثه ها، زبان، غدد و شیره های بزاق و ...
- گلو: لوزه ها، فارینکس، کام، زبان کوچک و مجرای حلقی - تنفسی
- گردن: سختی، حجم و توده های احتمالی، تیروئید و وضعیت آن، عروق، تراشه ها، لنف ها و غدد لنفاوی و غدد بزاقی تحت فکی
- دستگاه لنفاوی: وضعیت و حالت غدد لنفاوی، اندازه، تجمع و تراکم، تغییر پذیری و نرمی و ضخامت
- قفسه سینه: فرم و حالت تقارن، تنفس و وضعیت سایر اندام های مربوط
- پستان: سختی و حجم، ترشح، نوک آن از لحاظ حالت و رنگ، ضخامت و نوع بافت
- ریه ها: صداهای تنفسی، عفونت و صدای صحبت کردن
- قلب: پالس های آپیکال، نبض، ریتم، صدا، رفلکس مورمور و فریکشن راب
- عروق خونی: نبض، کیفیت و ارتجاع دیواره عروق
- شکم: حرکات دودی شکل، اسکار، گرمی، اسپاسم، گرفتگی، مایع، کبد، کلیه، طحال و فتق
- دستگاه ادراری - تناسلی: اسکار، تغییرات بافتی، فتق، درد، التهاب، اپی دیدیم، فتق عروقی و فتق بیضه
- مقعد: شکاف، هموروئید، وضعیت اسفنکتر، پروستات، عروق سمینال و مدفوع
- واژینال: اعضای تناسلی خارجی، غدد بارتولین و اسکین، واژن، دهانه و گردن رحم، رحم و غدد
- ماهیچه ای اسکلتی: تغییر شکل ها، تورم، قرمزی، گرمی و محدودیت حرکت - اندام انتهایی: رنگ، ادم، لرزش (تکان و حرکات غیر ارادی)، چماقی شدن، زخم ها و التهاب واریسی
- اعصاب: اعصاب مغزی، هماهنگی، رفلکس ماهیچه دوسر، رفلکس ماهیچه سه سر، پاتالر، آشیل، شکمی، اعصاب سینه ای، حساسیت و

❖ پزشک باید پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه بدنی، تشخیص اولیه یا موقت را بصورت کامل و به زبان انگلیسی در فرم شرح حال ثبت کند. ثبت تشخیص الزامی است. از ثبت عالم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

❖ تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند.

❖ مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است. در مراکز آموزشی

❖ درمانی اگر فرم شرح حال و معاینات بدنی توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک متخصص مربوطه نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

فرم سیر بیماری

❖ هدف تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستند سازی پاسخ بیمار به درمان، مورد تاکید قرار گیرد، و به این فرمت ارائه شود.

❖ یادداشت های پذیرش بیمار (ذکر وضع عمومی بیمار در قالب اطلاعات Subjective بیمار).

❖ یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان را مستند کند)

❖ یادداشت های نهایی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص) توصیه های زمان ترخیص شامل فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ یافته های پس از ترخیص و یافته های بعد از انجام اتوپسی

❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است

❖ یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگیرنده ی اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری باشد، این یادداشت ها باید بر اساس تاریخ و همه روزه (در مورد بیماران با وضعیت اورژانسی بنا به شرایط بیمار)، وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرایند پاسخ وی به درمان را نشان دهد

❖ یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان در گیر در امر درمان باید ثبت گردد

❖ از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل " حال عمومی بیمار خوب است " ، خودداری شود .

❖ در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد .

❖ در آخرین یادداشت سیر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت ، بهبودی ، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص، بیان شود .

❖ هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. و فرم سیر بیماری باید بر اساس SOAP فرمت ۵ مستند گردد.

❖ مهر و امضاء پزشک الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم سیر بیماری توسط اینترنت یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک مسئول نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

فرم درخواست مشاوره پزشکی

❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی بخش الزامی است

Problem list Subjective & objective-assessment -plan

❖ ثبت تاریخ و ساعت مشاوره ، نام پزشک در خواست کننده و نوع مشاوره (اورژانس یا غیراورژانس) و مهر و امضاء پزشک در خواست کننده الزامی است

❖ ثبت درخواست مشاوره و توضیحات آن توسط پزشک (معالج) پزشک در خواست کننده (الزامی است

❖ .ثبت مشاهدات و نظریات و در صورت نیاز روش های درمانی توصیه شده، دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده، و مهر و امضاء و تاریخ و ساعت ارائه مشاوره الزامی است.

❖ در خصوص مشاوره های تخصصی مورد لزوم، تاریخ، ساعت و علت درخواست و همچنین تاریخ و ساعت مشاوره قید شود و در صورت موافقت با نظریه مشورتی پزشک مشاور، پزشک معالج دستور انجام اقدامات پیشنهادی را به صورت کتبی صادر نماید.

فرم مراقبت قبل از عمل جراحی

❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی بخش الزامی است

❖ .ثبت تاریخ عمل، الزامی است.

❖ ثبت تشخیص قبل از عمل ، نام عمل جراحی با ذکر سمت عمل (چپ یا راست برای عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن) الزامی است .

❖ ثبت عالئم حیاتی قبل از عمل ، فشارخون موقع پذیرش و پس از داروهای بیهوشی، داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده از آنها، اثر داروهای بیهوشی و اشاره به وجود یا عدم وجود اعضای مصنوعی الزامی است.

❖ امضاء پرستار بخش با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تکمیل این فرم الزامی است

❖ امضاء پرستار اتاق عمل با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تأیید کلیه مندرجات این فرم الزامی است .

❖ برای کلیه اعمال جراحی و همچنین معاینات تحت بیهوشی مانند جاناندازی و گچ گیری و آندوسکوپی ، تکمیل نمودن این فرم الزامی است.

فرم بیهوشی .

❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است .

❖ ثبتیات این فرم باید نشان دهنده ، نوع عمل، نوع بیهوشی، تکنیک بکار رفته، مدت بیهوشی، نوع و دوز داروی بیهوشی، مایعات داخل وریدی تزریق شده در اتاق عمل، عالئم حیاتی بیمار در مدت بیهوشی، مدت زمان دقیق بیهوشی و عمل ، ریسک بیهوشی، باشد. بنابراین موارد زیر باید در این فرم ثبت گردد: الف) (صفحه اول) (جلو فرم بیهوشی) تشخیص قبل از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد) الزامی است .

❖ ثبت عمل جراحی پیشنهاد شده الزامی است .

❖ ثبت داروهای قبل از بیهوشی ، الزامی است

❖ ثبت نوع بیهوشی، و داروی مورد استفاده برای بیهوشی الزامی است .

❖ ثبت عالئم حیاتی بیمار) فشار خون، نبض، حرارت و تنفس) در مدت بیهوشی الزامی است. در جدول مربوط برای نبض بیمار از عالمت ، درجه حرارت از عالمت با عالمت بیهوشی از عالمت X ، و برای تنفس از عالمت O استفاده شود

❖ ثبت مقدار مایعات) خون ، سرم قندی و ... (تزریق شده به بیمار الزامی است .

❖ ثبت مدت زمان بیهوشی) شروع بیهوشی، پایان بیهوشی (و مدت زمان عمل) شروع عمل، پایان عمل) الزامی است. در جدول مربوط برای شروع و پایان بیهوشی از علامت X، و برای شروع و پایان عمل از علامت استفاده شود

❖ ثبت ریسک بیهوشی الزامی است

❖ در صورتی که بنابر وضعیت بالینی، بیمار نیاز به مراقبت مخصوص در حین بیهوشی داشته باشد، ثبت نوع مراقبت مخصوص، الزامی است

❖ ثبت وضعیت عمومی بیمار در پایان بیهوشی الزامی است. ب (صفحه دوم) پشت) فرم بیهوشی

❖ ثبت نام جراح، کمک جراح، پرستار عمل و پرستار کمک، الزامی است

❖ تشخیص بعد از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد

❖ ثبت سن، جنس، وزن و قد بیمار الزامی است

❖ در پشت فرم بیهوشی ثبت درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار الزامی است.

❖ ثبت وضعیت تنفس و وضعیت قلب بیمار الزامی است

❖ نتایج آزمایشگاهی و رادیوگرافی ثبت گردد

❖ ثبت حساسیت دارویی الزامی است

❖ ثبت عوارض و ناراحتی های قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل و حساسیتهای دارویی بیمار الزامی است.

❖ مهر و امضاء متخصص بیهوشی الزامی است

❖ -فرم گزارش عمل جراحی

❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار بیمار توسط منشی اتاق عمل الزامی است.

❖ فرم گزارش عمل جراحی، باید بالفاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد.

❖ ثبت مشخصات جراح، کمک اول، کمک دوم، متخصص بیهوشی، نوع بیهوشی، پرستار اتاق عمل، پرستار کمک، زمان عمل (شروع و خاتمه) (و نوع عمل) سرپایی / بستری (الزامی است .

❖ محتوای یک گزارش عمل باید شامل موارد زیر باشد

❖ شرح دقیق یافته ها

❖ اقدامات فنی

❖ موضوع آناتومیکی مورد جراحی

❖ مشخصات نمونه برداشته شده

❖ تخمینی از خون از دست رفته

❖ تشخیص پس از عمل . 165 تشخیص قبل و بعد از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد .

❖ نوع عمل جراحی در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، ثبت گردد. عبارت توصیفی

برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:

- اقدام اصلی انجام شده مثل Removal، Excision، Insertion، Replacement و...
- قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیکی) که اقدام روی آن انجام می شود) مثل intracranial، Lung،
- روش انجام اقدام) مثل Open، Percutaneous)...
- ابزار مورد استفاده) در صورتی که از دستگاه یا ابزار خاصی، برای عمل استفاده شود.
- در مورد ثبت صحیح تشخیص ها و اعمال جراحی راهنمای اصول تشخیص نویسی ابالغ خواهد شد
- اطلاعات ثبت شده در مورد کنترل شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل بایستی باهم مطابقت داشته باشند
- مهر و امضای پزشک جراح و پرستار اتاق عمل، الزامی است
- ثبت دستورات بعد از عمل، الزامی است.

فرم مراقبت بعد از عمل جراحی

❖ تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است

❖ ثبت نوع عمل جراحی و بیهوشی الزامی است

❖ ثبت تاریخ عمل، و ساعت ورود و خروج به اتاق ریکاوری الزامی است

❖ ثبتیات این فرم نشان دهنده وضعیت بیمار از هنگام ورود به اتاق ریکاوری تا زمان خروج از اتاق ریکاوری

است و باید توسط متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری تکمیل گردد، بنابراین عالم حیاتی بیمار،

وضعیت تنفس، معاینات داده شده به بیمار، معاینات دفع شده، اقدامات و داروهای داده شده در اتاق

ریکاوری و ... باید در این فرم ثبت گردد و ثبت این اطلاعات الزامی می باشد

- ❖ ثبت دستورات پزشک، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است
- ❖ ثبت مشاهدات پرستار، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است
- ❖ مهر و امضاء متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری الزامی است.
- ❖ فرم دستورات پزشک . 1 تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است
- ❖ ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است
- ❖ دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود
- ❖ مهر و امضاء پزشک در پایان دستورات الزامی است .پزشک باید در انتهای دستورات آنها را ببندد، در صورتی که این امر توسط پزشک انجام نشود می بایست توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود (جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) بسته شود. 6 .پرستاران بایستی به شکلی (معمول با عالمت چک مارک) در فرم دستورات پزشک نشان دهند که دستورات اجرا شده است . تاریخ و ساعت چک شدن دستور توسط پرستار باید ذکر شود .
- ❖ دستورات پزشک مشاور: باید به تایید پزشک معالج رسانده شود
- ❖ وقتی که پزشک بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی به پرستار می دهد، پرستار باید آن را در فرم دستور پزشک نوشته و همچنین اسم پزشک را مشخص نماید، زمان صدور دستور و امضاء خودش را نیز باید مشخص نماید و پزشک نیز باید در اسرع وقت دستورات تلفنی خود را امضاء و مهر نماید. دستورات شفاهی تلفنی باید توسط دو پرستار تایید و امضاء شود .
- ❖ مهر و امضای پرستار الزامی است.