

این شیوه نامه برای اجرای آئین نامه آموزشی دوره های دکتری عمومی در خصوص پرونده نویسی و ثبت و نگارش شرح حال و نت نویسی تدوین گردیده است.

پرونده پزشکی

مجموعه حقایقی مستند پیرامون وضعیت سلامتی بیمار شامل گزارشات مربوط به شرح حال ، معاینات بدنی ، بررسی ها و آزمایشات ، تشخیص ها ، طرح های درمانی و نتایج حاصل از اجرای طرحهای درمانی است . کلیه اوراق و مدارکی که به ضرورت خدمات پزشکی و پیراپزشکی داده شده به بیمار در یک مرکز پزشکی ، بیمارستان یا درمانگاه جمع آوری و به ترتیب تاریخ به نحو قابل دسترسی نگهداری می شود تا در مواقع لزوم به منظور معالجات بعدی بیمار ، آمار ، تحقیقات ، آموزش و بررسی خدمات داده شده از لحاظ کمی و کیفی مورد استفاده قرار گیرد

مستند سازی شامل مراحل : ثبت داده ها - تایید و تصدیق - ثبت تاریخ مستند سازی باید : واضح - به هنگام - کامل - خوانا - حفظ محرمانه بودن اطلاعات - حاوی روز، ماه، ساعت، سال ثبت باشد.

دستورالعمل و شیوه نامه پرونده نویسی : چگونگی نوشتن خلاصه پرونده

نوشتن خلاصه پرونده در واقع به نگارش آوردن حاصل زحمات کادر پزشکی برای بیمار است. واضح است که بیمار نیز هزینه هنگفتی را برای این زحمات پرداخت نموده است. خلاصه پرونده باید چند مشخصه داشته باشد

الف Accuracy : داشته باشد یعنی دقیق بوده و فاقد اشتباه باشد.

ب Adequacy : داشته باشد. یعنی با کفایت بوده و روشن و گویا باشد. و پیوستگی منطقی بین داده ها و جود داشته باشد.

ثبت اطلاعات فردی و ثبت مدبرانه موارد انجام شده برای بیمار به همراه مهر و امضا پزشک معالج الزامی است. در صورتیکه بیمار در طول بستری در چند بخش بستری باشد لازم است با هماهنگی گروهها فقط یک خلاصه پرونده کامل داشته باشد.

وجود برگ اصلی خلاصه پرونده در پرونده الزامی بوده و فقط کپی آن به بیمار داده می شود.

اگر بتوانیم ایرادات ذیل را که در خلاصه پرونده ها مشاهده می شود رفع کنیم انگاه می توانیم یک خلاصه پرونده خوب به دست بیمار بدهیم .

1- بدخطی و اشفتگی در نگارش : از مهمترین ایرادات است . اگرچه برخی دانشجویان بد خط هستند اما علت بدخطی و اشفتگی نگارش در عده دیگر بدلیل بی حوصلگی در هنگام نوشتن خلاصه پرونده می باشد.

2- طولانی بودن خلاصه پرونده : خلاصه پرونده باید مختصر ، مفید و دارای ساختار باشد. طولانی بودن خلاصه پرونده به علل زیر می باشد.

الف: نوشتن جزئیات کامل شرح حال : در حالی که شرح حال باید مختصر و مفید باشد اما ناقص نباشد. خلاصه پرونده بهتر است بصورت نگارش یک داستان باشد نه بصورت جملات پراکنده و غیر مرتبط با یکدیگر. بطوریکه خواننده را تا پایان واقعه جذب نماید.

ب: نوشتن تمامی آزمایشات موجود در پرونده : بجز موارد استثنا ضرورتی برای این کار وجود ندارد . به عنوان مثال بیماری که در بدو بستری پتاسیم ۳ میلی اکی والان داشته که پس از ۴ روز درمان با پتاسیم وریدی به میزان ۶۰ میلی اکی والان در روز به ۴ میلی اکی والان رسیده است . ممکن است شما در طی این چهار روز هشت بار پتاسیم از بیمار چک کرده باشید اما ذکر آنها ضرورت ندارد و فقط پتاسیم اول و آخر و اقدام انجام شده برای آن کافی است.

پ: نوشتن کامل گزارشات رادیولوژی و ... : در اکثریت موارد ذکر نرمال بودن کافی است . به عنوان مثال ممکن است توصیف سونوگرافی شکم در پرونده ۵ خط باشد اما شما می نویسید : سونوگرافی شکم نرمال است. در مورد اندوسکوپی به عنوان مثال دوم می نویسید اندوسکوپی فوقانی انجام شد که بجز گاستریت ناحیه انتر یافته دیگر گزارش نشده است .

مثال

نکته : قبل از نوشتن خلاصه پرونده در بالای برگه نام و نام خانوادگی بیمار ، نام بخش ، شماره پرونده ، پزشک معالج و تاریخ بستری و ترخیص ذکر می گردد .

زهرآ صادقی خانم ۶۵ ساله دیابتی است که از سه روز قبل از بستری با تب و سرفه مراجعه نموده و با تشخیص پنومونی در بخش داخلی بستری شده است. در هنگام مراجعه بیمار تب ۳۹ درجه و $PR=105$ و $RR=30$ داشته است و در معاینه بالینی بجز رال در قاعده ریه چپ یافته قابل ملاحظه نداشته است. در آزمایش انجام شده $WBC=14000$ با 80% سگمانته و $Hb=12$ با $MCV=80$ و $PLT=170000$ داشته . اوره بیمار ۵۳ اما کراتینین ۱.۲ بوده است ALT, UA, UC نرمال اما قند بیمار ۲۹۵ بوده است. در CXR که انفیلتراسیون در لوب تحتانی ریه چپ گزارش شده است . بیمار باتشخیص پنومونی تحت درمان انتی بیوتیک سفتراکسون به میزان ۱ گرم وریدی هر ۱۲ ساعت و ازیترومایسین ۵۰۰ میلی گرم درجا و سپس ۲۵۰ میلی گرم در روز قرار گرفت. در روز سوم بستری بیمار دچار یک نوبت استفراغ خونی و ملنا شد هموگلوبین بیمار به ۱۰ گرم درصد افت کرد. بیمار دو واحد خون دریافت نمود که هموگلوبین به ۱۱.۵ رسید و پس از آن افت قابل ملاحظه نداشت. بیمار تحت درمان پانتوپرازول وریدی قرار گرفت . اندازه گیری پلاکت و تستهای انعقادی مثل PT, PTT نرمال بودند . سونوگرافی شکم طبیعی گزارش شد اما اندوسکوپی فوقانی به نفع گاستریت آروزیو بدون خونریزی فعال گزارش شد. در روز ششم بستری بیمار با حال عمومی خوب و باتشخیص پنومونی باکتریال و استرس اولسر و با دستورات دارویی زیر مرخص گردید و قرار شد پس از یک هفته به درمانگاه مراجعه نماید .

Cefexime 200 mg po q12 h

Azithromycine 250 mg po qd

Omeprazole 20 mg po qd

AlMg S 30 cc po tid

Expectorant 5cc po tid

دستورالعمل و شیوه نامه شرح حال گیری

یکی از اقدامات مهمی که دانشجویان پزشکی (استاژر و اینترن) باید انجام دهند، گرفتن شرح حال از بیمار است. در شرح حال گیری اصولی یکسری اطلاعات باید به طور دقیق دریافت و ثبت شوند، تا براساس این اطلاعات یک روند درمانی صحیح برای بیمار طی شود. پس به شما توصیه می کنم اگر احساس می کنید که نیاز به یک یادآوری یا حتی شاید دریافت یک نکته جدید در رابطه با شرح حال گیری از بیمار دارید این مطلب را با دقت مطالعه بفرمایید.

برای گرفتن یک شرح حال کامل از افراد بزرگسال ما باید حتما یکسری آیتم ها را در نظر بگیریم و طبق یک چارچوب مشخص اطلاعات را از بیمار یا همراهان او دریافت کنیم. در ادامه به شما توضیح می دهم که چه اطلاعاتی باید دریافت شود.

شرح حال گیری

مشخصات فردی:

در ابتدا باید یکسری مشخصات فردی مانند سن بیمار _ جنسیت آن _ نژاد _ وضعیت تاهل _ محل تولد _ شغل و مذهب را بررسی و ثبت نماییم.

شکایت یا شکایت های اصلی بیمار: (CC)

بیماری فعلی درواقع مشکلات بیمار را به ترتیب زمانی و به روشنی شرح می دهد. و شامل آغاز مشکل، تظاهرات آن و درمان های انجام شده و زمینه بروز مشکل، می باشد.

شکایت های اصلی بیمار باید برپایه هفت نکته اصلی توصیف شوند:

۱-محل

۲-کیفیت

۳-کمیت یا شدت

۴-زمان بندی (آغاز شکایت مدت آن و دفعات آن)

۵-زمینه

۶-عواملی که باعث تشدید یا تخفیف آن می شوند.

۷-علائم همراه فقدان برخی امکان دارد دارای اهمیت تشخیصی باشند به همین دلیل باید یادداشت شوند.

بیماری فعلی همچنین بایستی شامل موارد زیر باشد:

- ۱- درک بیمار از شکایت ها و نقص هایی که در آن پدید آمده است و پاسخ بیمار به آن ها و اثری که این شکایات و نقائص در زندگی اون به وجود آورده اند.
- ۲- بررسی داروهای بیمار که شامل داروهای بدون نیاز به نسخه، هورمون ها، مکمل های املاح و ویتامین ها و کلیه داروهای مصرفی، بعلاوه مقدار مصرف و دفعات مصرف آن ها.
- ۳- تمام آلرژی ها شامل واکنش های خاص بیمار را بررسی و ثبت نماییم.

بررسی تاریخچه قبلی بیمار

- ۱- بیماری هایی که در کودکی به آن مبتلا شده است.
- ۲- بیماری هایی که در بزرگسالی به آن ها مبتلا شده است مثل:

- بیماری های طبی
- جراحی هایی که انجام داده است
- بیماری های زنان و مامایی
- سابقه بیماری های روانپزشکی
- سابقه تصادف یا تصادفات و جراحات
- انتقال خون

بررسی وضعیت طبی فعلی بیمار:

- مصرف دخانیات نوع آن و مقدار آن، مدت استفاده از آن
- مصرف الکل مواد مخدر و مواد مشابه
- بررسی رژیم غذایی و ورزش بیمار که شامل ورزش هایی که بیمار انجام می دهد. و اینکه به طور معمول و روزانه چه غذاها و نوشیدنی هایی را مصرف می کند.

وضعیت بیمار از لحاظ واکسیناسیون

- از جمله واکسن های کزاز
- دیفتري
- سپاه سرفه
- سرخک
- فلج اطفال
- سرخجه
- آنفولانزا
- اوريون
- هموفيلوس آنفولانزا نوع B
- هپاتيت ب
- واکسن پنوموک

آزمونهای غربالگری بیمار

مثل:

- پاپ اسمیر
- مدفوع از لحاظ خون مخفی
- آزمون توبرکولین
- ماموگرام
- میزان کلسترول

رعایت اصول ایمنی:

خطرات محیطی که در خانه و مدرسه و محل کار بیمار را تهدید می کنند. و اینکه آیا او از کمر بند ایمنی هنگام رانندگی استفاده می کند.

بررسی تاریخچه خانوادگی بیمار:

بررسی وضعیت پدر و مادر و خواهران و برادران و همسر و فرزندان بیمار از لحاظ:

۱- سن

۲- وضعیت سلامت

۳- سن و علت مرگ

به دست آوردن اطلاعات در مورد نزدیکان و خویشاوندان بیمار هم می تواند مفید واقع شود.

بررسی تاریخچه خانوادگی از لحاظ وجود:

دیابت بیماری قلبی _بالابودن کلسترول خون_ _سکته مغزی_

پر فشاری خون _ بیماری کلیوی _ سرطان _ سل
کم خونی _ آلرژی ها _ تورم مفاصل _ آسم
صرع _ سردردها _ الکلیسم _ بیماری ذهنی

_ اعتیاد به مواد مخدر _ و شکایت هایی مانند شکایت های بیمار
گرفتن شرح حال روانی و اجتماعی بیمار
به دست آوردن اطلاعات در رابطه با:

_ شغل و تحصیلات بیمار

_ بررسی وضعیت خانه و اطرافیان و نزدیکان مهم بیمار مثل خانواده و دوستانش

_ بررسی زندگی بیمار در طول ۲۴ ساعت

کسب اطلاعات در زمینه تجربه های مهم مثل:

_ نحوه ی تربیت

_ کار و وضعیت مالی

_ ازدواج

_ سربازی

_ مدرسه

_ بازنشستگی

فعالیت های تفریحی و سرگرمی بیمار

اعتقادات و گرایش های مذهبی بیمار:

بررسی اعتقادات و گرایش های مذهبی بیمار که با نگرش های خاصی نسبت به سلامتی و بیماری و درمان در ارتباط باشند.

بررسی و مرور سیستم های مختلف بدن بیمار

وضعیت عمومی بیمار:

شامل:

- وزن معمول
- اگر بیمار اخیرا تغییر وزن داشته است
- خستگی
- الگوی خواب یا بی خوابی
- تب

وضعیت پوست از لحاظ:

_بثورات پوستی

_توده ها

_زخم ها

_خشکی

_خارش

_تغییر در موها و ناخن ها

_تغییر رنگ

...و

وضعیت سر

از لحاظ:

_سردرد

_ضربه به سر

...و

وضعیت چشم ها

از لحاظ:

_بینایی

_عینک

_لنزهای تماسی

_درد

_قرمزی

_آخرین معاینه چشمی

_دوبینی

_اشک ریزش بیش از حد

_نورهای خیره کننده

_گلوکوم و کاتاراکت

_وجود لکه یا نقطه هایی در میدان بینایی

...و

وضعیت گوش ها

از لحاظ:

_شنوایی

_ گوش درد

_ عفونت

_ وزوز گوش

_ سرگیجه

_ ترشح

_ و...

بررسی وضعیت بینی و سینوس ها

از لحاظ:

_ سرماخوردگی های مکرر

_ گرفتگی بینی یا پرشدگی بینی از ترشحات

_ تب یونجه

_ ترشح یا خارش بینی

_ خونریزی از بینی

_ مشکلات سینوس

_ و...

وضعیت دهان و گلو

از لحاظ:

_ وضعیت دندان ها و لثه ها

_ آخرین معاینه دندان ها

_ گلودرد های مکرر

_ خشونت صدا

_ زبان دردناک

_ و...

وضعیت گردن

از لحاظ:

_ توده های گردنی

_ عقده های متورم

_ گواتر

_درد یا سفتی گردن

...و

وضعیت پستان ها

از لحاظ:

_توده ها

_درد یا ناراحتی پستان ها

_ترشح از نوک پستان

_نتایج خودآزمایی پستان توسط خود بیمار

...و

بررسی سیستم تنفسی

از لحاظ:

_سرفه

_خلط و بررسی رنگ و مقدار آن

_خلط خون آلود

_آسم

_خس خس

_آمفیزم

_برونشیت

_سل

_پلورزی

_پنومونی

_آخرین کلیشه رادیوگرافی از قفسه سینه

...و

بررسی سیستم قلبی

از لحاظ:

_نارسایی قلبی

_تب رماتیسمی

_فشارخون بالا

_سوفل های قلبی

_تپش

_درد یا ناراحتی قفسه سینه

_ارتوپنه

_تنگی نفس

_تنگی نفس حمله ای شبانه

_ادم

_نوارقلبی یا سایرآزمایش های قلبی

_و...

بررسی وضعیت گوارشی بیمار

از لحاظ:

_مشکل بلعی

_اشتها

_سوزش سردل

_تهوع

_استفراغ خونی

_استفراغ

_سوهاضمه

_رگورژیتاسیون

_دفعات اجابت مزاج

_تغییر در الگوی اجابت مزاج

_رنگ و مقدار مدفوع

_بواسیر

_خونریزی از رکتوم یا مدفوع سیاه و قیرمانند

_اسهال

_یبوست

_عدم تحمل غذایی

_دردشکم

_زردی

_آروغ یا دفع گاز بیش از حد

_هیپاتیت

_مشکلات کبد و کیسه صفرا

...و

بررسی سیستم ادراری

از لحاظ:

_هماچوری

_کاهش کالیبر یا شدت جریان ادرار

_تاخیر در آغاز ادرار

_عفونت ها و سنگ های ادراری

_بی اختیاری ادرار

_اضطرار ادرار یا urgency

...و

بررسی اندام تناسلی آقایان

از لحاظ:

_فتق

_درد یا توده در بیضه

_زخم ها یا ترشحات آلت

_تماس با فرد آلوده به ویروس اچ آی وی و اقدامات احتیاطی در مقابله با آن

و سایر بیماری های مقاربتی

و هر بیماری جنسی قابل سرایت و درمان آن

...و

علاقه ها، گرایش ها و عملکرد جنسی و میزان ارضا و مشکلات جنسی و روش های جلوگیری از بارداری

بررسی سیستم عروق محیطی

از لحاظ:

_لنگیدن متناوب

_وریدهای واریسی

_بیماری رینو

_لخته در وریدها

_گرفتگی عضلات پا

...و

بررسی سیستم عضلانی - اسکلتی

از لحاظ:

_درد عضله یا مفصل

_سفتی

_نقرس

_آرتریت

_درد پشت و...

در صورت وجود درد بایستی محل و نشانه های همراه درد را توصیف نمایید. مثل تورم، قرمزی، حساسیت، درد، ضعف، سفتی، محدودیت حرکت یا فعالیت

بررسی سیستم عصبی

از لحاظ:

_تومور یا دیگر حرکات غیرارادی

_ضعف

_بی حسی

_فلج

_سوزن سوزن شدن

_از هوش رفتن ناگهانی

_تشنج

_و...

بررسی سیستم خونی

از لحاظ:

_آنمی

_تزریق خون های قبلی

_واکنش های احتمالی

_استعداد به کیودشدگی یا خونریزی

_و...

بررسی سیستم غدد درون ریز

از لحاظ:

_ناراحتی تیروئید

_پلی اوری

_عرق ریزش بیش از حد

_عدم تحمل به سرما یا گرما

_دیابت

_تشنگی یا گرسنگی بیش از حد

_و...

بررسی بیمار از لحاظ وضعیت روانپزشکی

از لحاظ:

_اضطراب وضعیت خلق (افسردگی)

_تنش

_حافظه

_و...

با عنایت به دستورالعمل فوق در مرکز آموزشی پژوهشی درمانی علامه بهلول و مستندات اعتبار بخشی برای کنترل شیوه نگارش پرونده و شرح حال و نت نویسی توسط دانشجویان توسط کارشناسان آموزش بصورت تصادفی و ماهانه کنترل می گردد . و بازخورد آن در پرونده آموزشی دانشجویان ثبت میگردد.