



الزامات مستند سازی نظام بیمه ای

آدرس پستی:

کرمان - بلوار جمهوری - مرکز آموزشی
درمانی شهید بهشتی

کد پستی: ۷۶۱۸۸۳۴۱۱۵

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 ECG، CT، گرافی) که بصورت شفاها و تلفنی جهت بیمار 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 آوریست مهر و امضای اینترن به هیچ وجه قابل قبول نمی باشد.



۷. 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 امضای 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.