

میزان پاسخگویی پرونده های پزشکی در موارد ارجاعی به پزشکی قانونی شهرستان زابل

سمانه سراوانی اول^۱، علی علی آبادی^۲، گلی ارجی^۳، پروین احمدی^۴ فهیمه یاسین زاده^۵

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- (نویسنده مسئول)، مربی، گروه فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران. Aliabadi.a@gmail.com

۳- مربی، گروه فن آوری اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۴- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۵- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۳۰

چکیده:

مقدمه: پزشکی قانونی یکی از گروه های مهم استفاده کننده از مدارک پزشکی است. سالانه هزاران نفر به عنوان ارجاعات پزشکی قانونی به قصد دریافت پرونده بالینی مربوط به ضرب و جرح، تصادفات، نزاع و حوادث، قصور پزشکی، معاینه اجساد و معاینات بالینی به پزشکی قانونی مراجعه میکنند. این پژوهش با هدف بررسی پاسخگویی پرونده پزشکی استفاده شده در سازمان پزشکی قانونی زابل انجام گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی که در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. تعداد ۵۰۰ پرونده پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. داده ها از پرونده های پزشکی بایگانی شده در سازمان پزشکی قانونی استخراج گردید، گردآوری داده ها با استفاده از چک لیست محقق ساخته انجام گرفت. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS18 تحلیل آماری شد.

یافته ها: نتایج نشان می دهد که ۷۱/۲ درصد موارد مربوط به تصادفات بود. از جمله موارد عدم استفاده از پرونده های بالینی، ۴۱۵ مورد (۸۳ درصد) و ۴۴۱ مورد (۸۸/۲ درصد) مربوط به دقیق نبودن و کامل نبودن اطلاعات جمع آوری شده است، در حالیکه ۱۴۹ مورد (۲۹/۸ درصد) مربوط به فقدان مهر و امضا بوده است.

نتیجه گیری: میزان پاسخگویی پرونده های پزشکی مورد بررسی در حد مطلوب نبود و علی رغم اهمیت ویژه مستندسازی صحیح از نظر قانونی، ثبت اطلاعات به طور ناقص انجام می شود. پرونده های پزشکی از بعد کیفیت مستند سازی از جهت دقت، صحت، کامل بودن، سازگار بودن و دارای مهر و امضاء بودن دارای نقاط ضعف متعددی بودند.

کلیدواژه ها: پاسخگویی، پزشکی قانونی، مدارک پزشکی، مستند سازی.

مقدمه و هدف

هیچ کس پوشیده نیست (۲). مدارک پزشکی عبارت است از مجموعه ای از اوراق (پرونده درمانی بیمار)؛ که اقدامات مختلف درمانی بیمار در فرآیند درمان وی در آن ثبت می گردد و بیمار از آن برای ادامه درمان خود در بیمارستان ها و مراکز دیگر و احقاق حقوق خویش در محافل قضایی و اداری استفاده می نماید (۳). پرونده پزشکی ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامتی و بهداشت است (۴).

نقش اطلاعات و اطلاع رسانی در نظام ملی بهداشت و درمان به قدری حیاتی و تعیین کننده است، که گاهی اوقات ارزش آن را می توان به اندازه نجات انسانی از مرگ برشمرد (۱). اطلاعات به عنوان بزرگترین سرمایه مراکز بهداشتی به شمار رفته و اهمیت اطلاعات مدارک پزشکی در زمینه های مراقبت بیمار، بررسی کیفی، بازپرداخت مالی، اعمال قانونی، آموزش، پژوهش و برنامه ریزی بر



و برنامه ریزی وجود مدارک پزشکی کامل، لازم و ضروری است (۲). نتایج پژوهش جدی و همکاران که به منظور بررسی میزان استفاده از پرونده های پزشکی در ایران انجام گرفت، نشان داد که بیش از ۵۰ درصد اطلاعات پرونده های پزشکی در موارد قانونی مورد استفاده قرار گرفته است که اکثر آنها مربوط به موارد جراحی و تخصصی و بخش اورژانس بوده است (۱۲). در همین زمینه نتایج مطالعه شکیبایی نشان داد که بیشترین درخواست پرونده از بخش مدارک پزشکی (۷۳ درصد) مربوط به مراجع قضایی و سپس تحقیقات پزشکی بوده است (۱۳). اکنون با توجه به حجم وسیع مراجعات به پزشکی قانونی و لزوم پاسخگویی به آنها برای کار قضاوت، باید منابع پاسخگویی به این ارجاعات مورد بررسی قرار گرفته و با بررسی نقاط قوت و ضعف آنها، به ارتقای نظام اطلاعات پزشکی قانونی و در نهایت کار قضاوت کمک نمود. یکی از منابع مهم اوراق پرونده های بالینی بیماران می باشد. لذا این پژوهش با هدف بررسی میزان پاسخگویی پرونده های پزشکی در موارد ارجاعی به پزشکی قانونی شهرستان زابل انجام گرفت.

مواد و روشها:

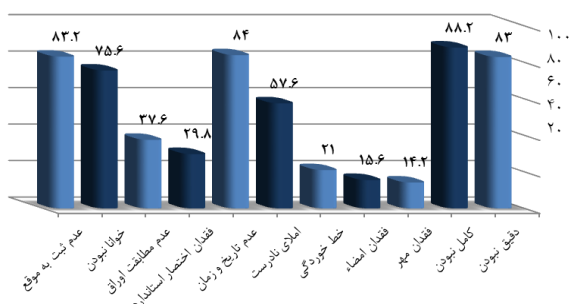
مطالعه حاضر از نوع کاربردی توصیفی است که به صورت گذشته نگر انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه شامل پرونده های پزشکی ارجاع شده به پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۰ بود. که به صورت تصادفی تعداد ۵۰۰ پرونده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. متغیر های پژوهش شامل نوع مدارک درخواست شده توسط پزشکی قانونی، دلایل ارجاع به پزشکی قانونی، دلایل عدم استفاده از پرونده های بالینی و علل درخواست پرونده ها بود. جهت گردآوری داده ها، چک لیستی مشتمل بر دو بخش، قسمت اول داده های دموگرافیک بیماران و قسمت دوم سوالات مبتنی بر اهداف پژوهش تهیه گردید. روایی محتوا پس از بررسی کارشناسانه توسط متخصصین امر مورد تأیید قرار گرفت و

همانطور که اشاره شد، یکی از مهمترین ابعاد ارزشی پرونده های پزشکی علاوه بر جنبه های پزشکی، مسائل قانونی است (۵). بیشترین کاربرد مدارک پزشکی در ارتباط با جنبه های قانونی آن در مواردی از قبیل پزشکی قانونی، درخواست های قضایی و پیگیری موارد قانونی سوء درمان ناشی از غفلت پزشک است (۲). مراجع قضایی می توانند بر اساس پرونده پزشکی با کیفیت، به شکایات و دعاوی مطرح شده از سوی بیمار و یا خویشاوندان بسیار نزدیک او به طور مؤثر رسیدگی کنند (۱). قضاوت کار بسیار پیچیده و حساسی است که با تمام شئون زندگی افراد ارتباط دارد و جان و مال و آبروی اشخاص در گرو کار قضایی است. در بیشتر موارد تصمیمات قضایی منوط به نظرات کارشناسانه پزشکی قانونی است که این نظرات نیز بر مبنای مستندات ثبت شده در مدارک بالینی بیماران می باشد (۶). قضات با مطالعه حقایق مستند موجود در پرونده پزشکی بیمار، به راحتی می توانند راجع به صحت و سقم دعاوی مطروحه مبنی بر قصور در ارائه خدمات مراقبت از سوی پزشک معالج و همکاران وی تصمیم گیری نمایند (۷). عملاً مدارک پزشکی در مراجع قانونی به عنوان قضایی، نقطه عطف دعاوی قانونی گروه های ذینفع می باشد و از حقوق بیمار، کادر درمانی و بیمارستان حمایت نموده موجب کسب مصونیت برای بیمارستان در مقابل دعاوی بیماران می گردد (۸). بنابراین، وجود اطلاعات مناسب و کافی جهت پاسخگویی به موارد ارجاعی پزشکی قانونی از اهمیت بسزایی برخوردار است (۹). محتوای مدارک پزشکی باید کامل باشد تا تشخیص و درمان انجام یافته را به خوبی توجیه نماید (۷). در موارد قانونی یک پرونده ناقص، انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است (۱۰). کیفیت یک پرونده از نظر مطالعاتی، تحقیقاتی، اطلاعات علمی و آماری، دقیقاً وابسته به کیفیت محتویات داخل پرونده است که توسط مستندسازان ثبت می شود. این کیفیت غالباً بر حسب مربوط بودن، کامل و قابل دسترس، به موقع و خوانا بودن بیان می شود (۱۱). همچنین در تحقیقات پزشکی، فعالیت های آموزشی، موارد قانونی، آمار

در خصوص فرم های درخواست شده از پرونده های بالینی، فرم پذیرش و خلاصه تریخیص (۹۵/۸ درصد)، شرح عمل جراحی (۷۰ درصد)، برگ خلاصه پرونده (۵۸/۸ درصد) و برگ کنترل علائم حیاتی (۵۲/۴ درصد) بیشترین درخواست را داشته اند.

نمودار ۲: توزیع فراوانی علل عدم استفاده از پرونده های بالینی بر اساس اصول مستندسازی

نواقص پرونده



بر اساس یافته های پژوهش، بیشترین دلیل عدم استفاده از فرم های پرونده بالینی مربوط به کامل نبودن اطلاعات پرونده (۸۸.۲ درصد) و در رتبه دوم عدم ثبت تاریخ و ساعت در مستندات (۸۴ درصد) قرار داشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی پرونده های درخواستی توسط مرکز

پزشکی قانونی زابل در سال ۱۳۹۰

نوع پرونده	زن	مرد	جمع
تصادف	۶۴ (۱۸ درصد)	۲۹۲ (۸۲ درصد)	۳۵۶ (۱۰۰ درصد)
نزاع و درگیری	۱۰ (۸/۹ درصد)	۱۰۲ (۹۱/۱ درصد)	۱۱۲ (۱۰۰ درصد)
حوادث حین کار	۰	۸ (۱۰۰ درصد)	۸ (۱۰۰ درصد)
سایر موارد*	۶ (۲۵ درصد)	۱۸ (۷۵ درصد)	۲۴ (۱۰۰ درصد)

* پرونده اعصاب و روان، پرونده فوتی (پرونده های زایمانی، پرونده بیماری خونی، خودکشی، سرطان معده)، سقوط در چاه.

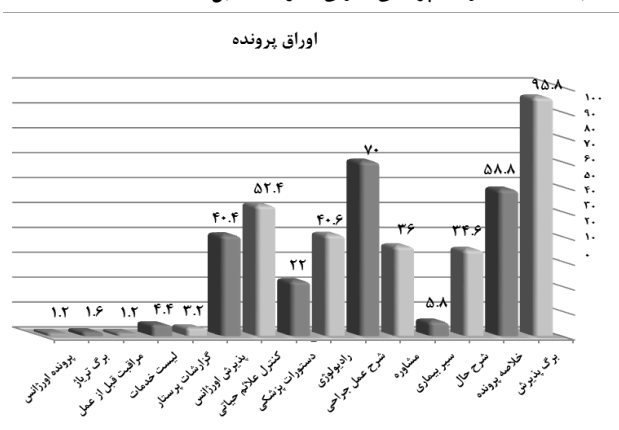
از کل مراجعات مرکز پزشکی قانونی زابل بیشترین دلیل ارجاع مربوط به پرونده های تصادفی (۳۵۶ پرونده) و سپس پرونده های نزاع و درگیری (۱۰۲ پرونده) بود.

برای تعیین پایایی از شیوه آزمون- باز آزمون^۱ در فاصله ۱۰ روز استفاده شده و همبستگی پیرسون $r = 0.87$ بدست آمد. گردآوری اطلاعات با مراجعه حضوری پژوهشگر به پزشکی قانونی و از طریق مشاهده و ثبت صورت گرفت. لازم به ذکر است که برای بررسی دلایل عدم استفاده از پرونده های بالینی یک کارشناس پزشکی قانونی در کنار پژوهشگر به بررسی میزان رعایت اصول مستند سازی پرداختند. در نهایت به منظور تحلیل داده ها از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS.18 استفاده گردید.

یافته ها:

بر اساس بررسی های انجام شده مشخص گردید که ۸۴ درصد از جامعه مورد پژوهش را مردان و ۱۶ درصد را زنان به خود اختصاص داده که میانگین و انحراف معیار سن در کل جمعیت 28.05 ± 15.73 سال برآورد گردید. بیشترین تعداد پرونده های ارجاع شده به پزشکی قانونی مربوط به بیمارستان امیرالمومنین (۹۰/۴ درصد)، بیمارستان سیدالشهدا (۳/۲ درصد)، بیمارستان امام خمینی (۱/۲ درصد)، بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) (۱/۴ درصد) و سایر مراکز درمانی (۳/۶ درصد) تعیین شد.

نمودار ۱: توزیع فراوانی فرم های درخواست شده از پرونده های بالینی بیمارستان ها توسط پزشکی قانونی شهرستان زابل در سال ۱۳۹۰



¹ Test- Retest



نتایج مطالعه ریعی و همکاران که با هدف بررسی وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده های پزشکی بیمارستان های آموزشی تهران انجام شد، حاکی از آن بود که پرونده های بیمارستانی از لحاظ ثبت اطلاعات دارای نواقص جدی بودند و عدم رعایت اصول صحیح پرونده نویسی، نبود احساس مسئولیت توسط دانشجویان و کارورزان و همچنین عدم ارائه آموزش های لازم در این خصوص از عمده ترین دلایل مستند سازی ناقص پرونده ها بود (۱۶).
نتایج مطالعه پایو^۲ و همکاران که به منظور بررسی میزان ثبت حساسیت های دارویی بیماران توسط پزشکان بر روی برگ شرح حال پرونده انجام شد، نشان داد که در ۲۰ درصد از موارد حساسیت های دارویی در برگ شرح حال بیماران ثبت نشده بود. این مطالعه نشان داد که موارد ثبت نشده به خاطر عدم توانایی بیماران در ذکر آنها نبوده، بلکه به خاطر قصور پزشکان در کسب اطلاعات کامل از بیماران بوده است (۱۷).

یکی از مهمترین علل نقص پرونده های پزشکی عدم آگاهی پزشکان و کادر درمانی از اصول مستند سازی و جنبه های قانونی مدارک پزشکی است (۱۶). در این زمینه نتایج مطالعه فرزندی پور نشان داد که اکثر پزشکان، دستیاران و دانشجویان پزشکی از آموزش کافی نسبت به نحوه تکمیل اطلاعات پرونده بهره مند نیستند (۱۸).

پژوهش شیخ طاهری که به منظور بررسی آگاهی پزشکان، پرستاران و کارکنان مدارک پزشکی از جنبه های قانونی مدارک پزشکی در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام گرفت. نشان داد که آگاهی کارکنان از موارد قانونی اخذ رضایت نامه با امتیاز $1/36 \pm 3/78$ از ۸، موارد قانونی مربوط به محرمانگی با امتیاز $0/95 \pm 1/45$ از ۴ و موارد قانونی مربوط به صدور گواهی با امتیاز $1/79 \pm 3/27$ از ۹ در حد متوسط بود (۵).

جدول ۲: توزیع فراوانی دلایل ارجاع به مرکز پزشکی قانونی زابل در سال ۱۳۹۰

دلایل ارجاع	زن	مرد	جمع
معاینه اولیه	۶۸ (۱۴/۸ درصد)	۳۹۰ (۸۵/۲ درصد)	۴۵۸ (۱۰۰ درصد)
معاینه مشاوره ای پزشکی قانونی	۴۷ (۱۶/۴ درصد)	۲۳۹ (۸۳/۶ درصد)	۲۸۶ (۱۰۰ درصد)
معاینه اجساد مرگ های طبیعی	۱۴ (۲۶/۴ درصد)	۳۹ (۷۳/۶ درصد)	۵۳ (۱۰۰ درصد)
تعیین ارش و دیه	۵۰ (۱۶ درصد)	۲۶۳ (۸۴ درصد)	۳۱۳ (۱۰۰ درصد)
سایر موارد*	۶ (۲۷/۳ درصد)	۱۶ (۷۲/۷ درصد)	۲۲ (۱۰۰ درصد)

*معاینات سلامت روانی، معاینات سلامت جسمانی، معاینات استعلاجی سایر ادارات، صدور جواز دفن و صدور گواهی فوت و ... یافته ها نشان می دهد که بیشترین دلیل ارجاع مربوط به معاینه اولیه (۴۵۸ مورد) می باشد. و در رتبه دوم ارجاعات مربوط به تعیین ارزش و دیه قرار دارد.

بحث و نتیجه گیری:

مدارک پزشکی به عنوان سند و منبعی مهم جهت حمایت از حقوق قانونی بیمار، پزشک و موسسات مراقبت بهداشتی به شمار می رود (۱۴).

افرادی که محتویات پرونده پزشکی بیماران را ثبت می کنند تأثیر بسیار زیادی در کیفیت این پرونده ها دارند. تمام متخصصین و کسانی که اطلاعات را در پرونده بیمار ثبت می کنند باید اهمیت ایجاد پرونده ای دقیق، کامل و کاربردهای قانونی و پزشکی آن را درک کنند (۵). آگاهی ارائه دهندگان مراقبت از قوانین حاکم بر پرونده های پزشکی و اطلاعات بهداشتی بیماران، شرایط تأمین حقوق بیمار را فراهم می کنند (۹). سیدل^۱ خطاب به پزشکان می نویسد "به یاد داشته باشید که مدارک پزشکی بیمار یک سند قانونی است و ممکن است هرگونه اطلاعات آن در مراجع قضایی مورد استفاده قرار گیرد" (۱۵).

² Pau

¹Seidel

قانونی نقش مهمی دارد، بیمارستان ها باید درصدد شناخت عوامل مؤثر بر افزایش کیفیت مستندسازی در جهت ارتقای قدرت پاسخگویی پرونده های بالینی در رسیدگی های پزشکی قانونی بر آیند. نظارت بر صحت، کامل و خوانا بودن پرونده های پزشکی در فرآیند مستندسازی نه تنها انگیزه و میزان استفاده از پرونده های پزشکی را افزایش خواهد داد، بلکه پایایی و اعتماد نتایج پژوهش هایی را که بر اساس این اطلاعات انجام می گیرند نیز افزایش می دهد. بنابراین، استفاده از سیستم های نوین اطلاعاتی به منظور دسترسی و پردازش سریع تر داده های موجود در پرونده، مستند سازی دقیق پرونده و اتخاذ روش های بهبود کیفیت به منظور بهره وری بهتر از داده های پزشکی ضروری به نظر می رسد.

همچنین برگزاری کارگاه های آموزشی و دوره های بازآموزی برای آشنایی هر چه بیشتر ارائه دهندگان مراقبت با اصول مستند سازی و جنبه های قانونی اطلاعات بهداشتی پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

محققین بر خود لازم می دانند از تمامی کارکنان محترم مرکز پزشکی قانونی که در بررسی پرونده ها امکانات خویش را در اختیار ما نهادند، تشکر و قدردانی کنند. همچنین از سرکار خاتم لیلا شکری زاده آرانی که در تهیه چک لیست ما را یاری نمودند، تشکر بعمل می آید.

به طور مشابه نتایج مطالعه احمدی نشان داد که میزان آگاهی فراهم کنندگان مراقبت از جنبه های قانونی مدارک پزشکی در حد متوسط بود و پزشکان بیشترین آگاهی و پرستاران کمترین آگاهی را در این زمینه دارا بودند. که این امر لزوم آموزش جنبه های قانونی مدارک پزشکی به خصوص صدورگواهی پزشکی را در رده های شغلی مختلف به خصوص پرستاری نشان می دهد (۹).

بر اساس یافته های مطالعه حاضر به طور کلی میزان پاسخگویی پرونده های پزشکی مورد بررسی در حد مطلوب نبود و مستندسازی ناقص و کامل نبودن اطلاعات پرونده (۸۸/۲ درصد) از مهمترین دلایل ناکارآمدی پرونده های ارجاعی به مرکز پزشکی قانونی بودند که با نتایج حاصل از مطالعه فرزندی پور همسویی دارد (۶).

این در حالی است که نتایج مطالعه صفدری بیانگر میزان نسبتاً مطلوب پاسخگویی پرونده های پزشکی به موارد ارجاعی پزشکی قانونی است که دلیل اصلی آن رفع نواقص موجود در پرونده های ارجاعی هنگام خلاصه سازی و آماده کردن این پرونده ها قبل از زمان کمیسیون توسط کارشناس مربوطه بود. وی با اشاره به این نکته که بخش قابل توجهی از پرونده های پزشکی ارسالی از مراکز درمانی در مرحله اول فاقد مستندات لازم بودند. آموزش کادر درمانی بیمارستان ها در زمینه مستند سازی را الزامی می داند (۷).

با توجه به اینکه مستندسازی صحیح، پرونده پزشکی را به یک ابزار اولیه جهت ارزشیابی عملکردها و مراقبت های بهداشتی درمانی تبدیل می کند و در بررسی های پزشکی

References:

1. Saliba V, Legido-Quigley H, Hallik R, Aaviksoo A, Car J, McKee M. Telemedicine across borders: a systematic review of factors that hinder or support implementation. *Int J Med Inform.* 2012 Dec;81(12):793-809.
2. Ahmadzadeh F, Ahmadzadeh G. Hospital administrators and medical

staff training *Drmvrdkarbrdhay Shiraz University of Medical Records .HIM J.*2005; 4(2):27-32. [in persian]

3. Yousuf RM, Fauzi AR, How SH, Rasool AG, Rehana K. Awareness, knowledge and attitude toward informed consent among doctors in two different cultures in Asia: a cross-sectional comparative study in



- Malaysia and Kashmir, India. Singapore Med J 2007; 48(6): 559-65.
4. Karami M, Shokrizadeh Arani L. Related Factors in Medical Records Documentation Quality and Presenting Solutions from Managers' and Physicians' Viewpoints Occupied in Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 9 (4) :356-364. [in persian]
 5. Sheikhtaheri A, Kimiafar Kh, Barati Marnani A. Knowledge of Physicians, Nurses and Medical Record Personnel about Legal Aspects of Medical Records in Teaching Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences. Health Information Management 2010; 7(2): 146-152. [in persian]
 6. Farzandipoor M, Shokrizade L, Meidani Z, Rangrazjedi F, The Response rate of cases Referred to the medical Records of Forensic Medicine Kashan.medical jornal. 2011; 21(1):55-60. [in persian]
 7. Safdari R, Khodabande F, Abolmasoomi Z, Ghazisaeedi M, Sharifian R, Masoori N, Akbarzade R. The Study of Accountability Rate of Medical Records in Referral Cases to Forensic Medicine 2000. Journal of Forensic Medicine. 2012;17(1): 29-35. [in persian]
 8. Sadrodini F. Medical record from the viewpoint of legal medicine. Journal of Legal Medicine 1998; 4(13): 85-90. [in persian]
 9. Ahmadi M, Sheikhtaheri A, Kimiafar K, Esmaeili M, Mosavi M. Knowledge of health care providers about legal aspects of medical records in teaching hospitals affiliated to Lorestan university of medical sciences. Yafteh. 2011; 13 (3):45-55. [in persian]
 10. Siamian H, Aligonbadi K, Nasiri E, Shahrabi A. The role of health information management in hospital management. Monthly Scientific Communication 2005; 4(3): 102-12. [In Persian]
 11. Karami M, Shokrizadeh Arani L. Effective factors on quality of medical documentations and solution from managers and physicians perspective in hospitals associated with Kashan University of Medical Sciences, 2008. Iranian Journal of Educaion in Medical Sciences 2009; 9:346-56. [in persian]
 12. Rangraz Jedi F, Farzandipour M, Mousavi SG. Utility of medical sciences content in hospitals of kashan towns in 2003. Journal of Health Information Management 2007; 8: 88-94. [in persian]
 13. Shakibaei S. Review of medical records in hospitals of Shiraz in data exchange. The First Congress of Medical records; 19-21 October Iran-Shiraz University of Medical Sciences; 2003. p. 113-118. [in persian]
 14. Mcallom C, Ian SG, White G. Death certification and doctors' dilemmas: a qualitative study of GPs' perspectives. British journal of general practice 2005; 55(518): 677-83.
 15. Seidel H. Mosby's guide to physical examination. 2nd edition. [n.p.]: mosby year book inc; 1991.
 16. Seif Rabiee M, Sedighi, M, Mazdeh S, Dadras F. Study of Hospital Records Registration in Teaching Hospitals of Hamadan University of Medical Sciences in 2009. Hamedan Journal of Medical Sciences. 2009; 16(2):45-49. [in persian]



17. Pau Ak, Morgan SE, Terlingo A. Drug allergy documentation by physicians, nurse, medical student. Am SHosp Pharm 2005; 46(3): 570-573.
18. Farzandipoor M, Shokrizade L, Meidani Z, Rangrazjedi F, The

Response rate of cases Referred to the medical Records of Forensic Medicine Kashan. Proceedings of the Second International Congress of Forensic Medicine, Iran. Mar 2011, 135.[in persian].

Archive of SID



The Study of Accountability Rate of Medical Records in Referral Cases to Forensic Medicine in Zabol

Samaneh Saravani¹, Ali Aliabadi², Goli Arji³, Parvin Ahmadi⁴, Fahimeh Yasin Zade⁵

1. MSc student of health information technology,iran university of medical sciences, Tehran, Iran
2. (**Corresponding Author**), Instructor of health information technology ,health information technology department ,allied health schoolofzahedan ,university of medical sciences, Zahedan, Iran. Aliabadi.a@gmail.com
- 3- Instructor of health information technology, health information technology department , health school of zabol ,university of medical sciences, Zabol, Iran
- 4- Instructor of epidemiology , health school of zabol ,university of medical sciences, Zabol, Iran
- 5- BSc of health information technology,health school of zabol ,university of medical sciences, Zabol, Iran,

Received: 2013/9/21

Accepted: 2014/2/17

Abstract:

Introduction: Forensics is one of the major areas using medical records. Annually, thousands of people are referred to forensic medicine organization to receive clinical records relating to assaults, accidents, conflicts, medical malpractices, physical examination of living body and cadaver. This study attempted to investigate the effectiveness of the medical records used in the Department of Forensic Medicine of Zabol.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study conducted in 2011. There were 500 medical records examined. The data, retrieved from the medical records an archived in the Department of Forensic Medicine, and was collected by a researcher-developed checklist. The results were consequently analyzed by SPSS18 using descriptive statistics.

Results: The results showed that 71.2 % of the cases pertained to accidents. As for the ineffectively of the clinical records, 415 cases (83 %) and 441 cases (88.2%) related to inaccuracy of data collection and incomplete data and 149 cases (29.8 %) were because of lack of proper signature and seal.

Conclusion: According to this study, the rate of the answering medical records reviewed was not desirable and despite the specific significance of documentation of the legal records, data recordings are defected. This deficiency was due to different reasons, which would have bad consequences for patients and medical staffs. Thus, documentary processes have to be more emphasized by physicians and others.

Keywords: effectiveness, accountability, forensic medicine, medical record.