

## بررسی میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های بالینی بیماران بستری در بیمارستانهای شهر کاشان در سال ۱۳۸۱

مهرداد فرزندی پور<sup>۱</sup>، دکتر سعید آصف زاده<sup>۲</sup>

### خلاصه

**سابقه و هدف:** با توجه به اهمیت رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های بالینی و استفاده‌های آموزشی، درمانی، تحقیقاتی، قانونی و آماری از آنها و عدم اطلاع از وضعیت موجود، این پژوهش به منظور تعیین میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های بالینی بیمارستانهای کاشان در سال ۱۳۸۱ انجام پذیرفت.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش بر روی داده‌های موجود در پرونده‌های بالینی ۵۱ پزشک متخصص شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام پذیرفت. حجم نمونه ۱۰۷۱ پرونده بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی، از هر پزشک ۲۱ پرونده انتخاب گردید. چک لیستی بر اساس اصول استانداردسازی جهانی بهداشت (کتاب ICD-10) تهیه شد و داده‌های مربوط به رعایت اصول تشخیص نویسی به تفکیک بیمارستان و گروه‌های بالینی به روش مشاهده از پرونده‌ها استخراج گردید. سپس فراوانی موارد رعایت اصول تشخیص نویسی گزارش گردید.

**یافته‌ها:** اصول تشخیص نویسی به میزان ۸۷ درصد، اصول ثبت اقدامات پزشکی به میزان ۷۷ درصد و اصول ثبت علل خارجی حوادث به میزان ۶۵ درصد رعایت شده بود. اصول تشخیص نویسی در بیمارستان متینی با ۹۲ درصد بیشترین میزان و در بیمارستان نقوی با ۷۷/۸ درصد کمترین میزان را دارا بود. اصول اقدامات در بیمارستان شهید بهشتی با ۹۳/۵ درصد بیشترین میزان و در بیمارستان نقوی با ۷۲/۹ درصد کمترین میزان را داشت. اصول ثبت علل خارجی حوادث در بیمارستان شهید بهشتی با ۷۷/۸ درصد بیشترین و در متینی با ۵۰ درصد کمترین میزان را داشت.

**نتیجه‌گیری و توصیه‌ها:** در مجموع رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های بالینی بیماران بستری مطلوب است. به نظر می‌رسد علاوه بر توجه و دقت متخصصین به ثبت تشخیص‌ها و اقدامات، وجود شورایعالی مدارک پزشکی دانشگاه زیر نظر ریاست محترم دانشگاه در این امر مؤثر بوده است. بنابراین توصیه می‌شود شورایعالی مدارک پزشکی در سایر دانشگاه‌ها نیز تأسیس شود.

**واژگان کلیدی:** اصول تشخیص نویسی، اصول ثبت اقدامات، اصول ثبت علل خارجی حوادث، پرونده‌های بالینی

۱- گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی کاشان

۲- دانشگاه علوم پزشکی قزوین

**مقدمه**

امروزه یکی از دغدغه های موجود بیمارستان ها، رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده های بالینی بیماران است.

تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که ۶۸٪ محققین، اطلاعات مدارک پزشکی نظری ثبت تشخیص ها و اقدامات را ناقص می دانند (۱) و عملکرد پزشکان از نظر تکمیل پرونده بیماران به خصوص در ثبت آزمایشات، تشخیص ها و اقدامات درمانی، ضعیف است. (۲) بررسی های انجام شده نشان می دهد که یکی از علل اساسی و مهم استاندارد نبودن ثبت تشخیص ها و اقدامات، عدم آگاهی پزشکان از این استانداردها است (۳).

استانداردهای تشخیص نویسی توسط سازمان جهانی بهداشت در قالب کتاب *ICD-10* که دربرگیرنده دستورالعمل های عمومی و خاص تشخیص نویسی، اقدامات و علل خارجی حوادث است، در ۲۱ فصل ارائه شده است که در سراسر دنیا توسط کدگذاران بخش مدارک پزشکی مراکز درمانی مورد استفاده قرار می گیرد. عدم ثبت کامل تشخیص ها و اقدامات درمانی در پرونده های بالینی، امکان طبقه بندی دقیق آنها را از کدگذاران سلب می کند و در نهایت اطلاعات کامل و باارزشی از چرخه اطلاعات تصمیم گیران حذف می شود (۴).

تشخیص های پرونده های بالینی در تحقیقات و مطالعات پزشکی و اپیدمیولوژی و گاهی ارزشیابی گروه های بیمارستانی کاربرد دارند، لذا نقص در ثبت آنها موارد مذکور را دچار اختلال کرده و یا به تأخیر می اندازد (۵).

در ارزشیابی گروه های رزیدنتی یکی از بیمارستان ها، مشخص شد که این بیمارستان به

مدت یک سال از پذیرش رزیدنت محروم گردیده است که یکی از دلایل آن، نواقص موجود در ثبت پرونده های بالینی بوده است.

یقیناً فقدان اطلاعات دقیق در مورد بیماران بستری معضلاتی را ایجاد نموده و خلأ آن منشأ صدمات جبرانناپذیری خواهد بود. عدم ثبت علمی و مناسب تشخیص ها و اقدامات درمانی، منجر به عدم دسترسی به اطلاعات مناسب و مقتضی شده و برنامه ریزی اصولی را با مشکل مواجه می سازد. پزشکان سهم مهمی در تهیه پرونده های بالینی دارند. بر این اساس با آماده سازی دانشجویان پزشکی از طریق تجربه آموزشی سازمان یافته می توان ارزش و فواید پرونده های کامل و معتبر را در حرفه آتی شان شناساند (۶). برای کاهش عدم تطابق اصول مدارک پزشکی با اصول استاندارد، برگزاری کارگاه ها و کلاس های آموزشی مربوطه بسیار مفید است (۵). با توجه به موارد مطروحه و عدم اطلاع از وضعیت موجود، این پژوهش به منظور تعیین میزان رعایت اصول تشخیص نویسی توسط پزشکان گروه های بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در پرونده های پزشکی بیماران بستری مطابق با اصول استاندارد سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۱ انجام پذیرفت.

**مواد و روش ها**

این پژوهش بر روی داده های موجود در پرونده های بالینی بیماران بستری انجام پذیرفت. از تمامی ۵۱ پزشک متخصص شاغل تمام وقت در چهار بیمارستان شهید بهشتی و شبیه خوانی (که دارای رزیدنت هستند) و نقوی و متینی (که فاقد رزیدنت هستند) شامل گروه های بالینی داخلی، اطفال، زنان و زایمان، جراحی عمومی، جراحی

تخصصی، چشم و گوش و حلق و بینی (ENT)، به روش نمونه‌گیری ۱۰۷۱ پرونده تعیین گردید. از هر پزشک متخصص به روش تصادفی ساده ۲۱ پرونده انتخاب شد. پزشکان بیمارستان روانپزشکی اخوان به دلیل پیروی آنها از استانداردهای DSM در ثبت اطلاعات تشخیصی از این مطالعه حذف شدند.

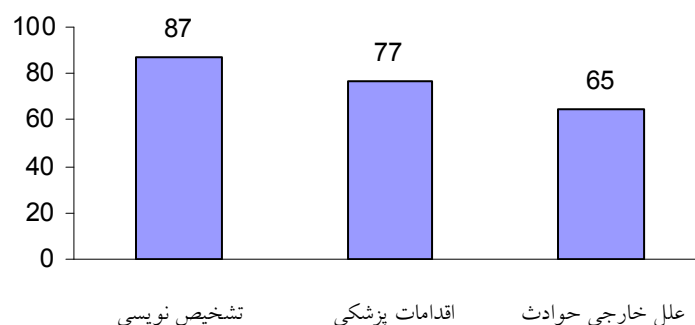
بر اساس استانداردهای سازمان جهانی بهداشت (کتاب ICD-10) در ابعاد تشخیص‌نویسی، ثبت اقدامات پزشکی و ثبت علل خارجی حوادث، چک‌لیستی تهیه شد و با مراجعه حضوری به بخش مدارک پزشکی بیمارستانها و استخراج پرونده‌ها به روش مشاهده تکمیل گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از برنامه SPSS تجزیه و تحلیل شد و نتایج حاصل با آمار توصیفی ارائه شد. یافته‌های زیر ۲۵ درصد خیلی ضعیف، ۲۵ تا ۵۰ درصد ضعیف، ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و ۷۵ درصد و بیش از آن خوب طبقه‌بندی

شدند.

### یافته‌ها

پژوهش بر روی ۱۰۷۱ پرونده مربوط به ۵۱ پزشک متخصص گروه‌های بالینی بیمارستان‌های کاشان انجام پذیرفت. از ۵۱ نفر پزشک، ۱۸ نفر متخصص داخلی، ۶ نفر متخصص اطفال، ۱۰ نفر متخصص زنان و زایمان، ۵ نفر جراح عمومی، ۶ نفر جراح تخصصی، ۴ نفر متخصص چشم و ۲ نفر متخصص گوش و حلق و بینی (ENT) بودند.

فراوانی میزان رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها در نمودار شماره ۱ آمده است. اصول تشخیص‌نویسی با ۸۷٪ بیشترین موردی است که رعایت شده است. پس از آن اصول ثبت اقدامات پزشکی با ۷۷٪ و علل خارجی حوادث با ۶۵٪ به ترتیب در مکان‌های دوم و سوم هستند.



نمودار ۱- توزیع ۱۰۷۱ پرونده برحسب رعایت اصول تشخیص‌نویسی در بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

حسب بیمارستان‌ها در نمودار شماره ۲ آمده است و نشان می‌دهد که رعایت اصول ثبت تشخیص‌نویسی

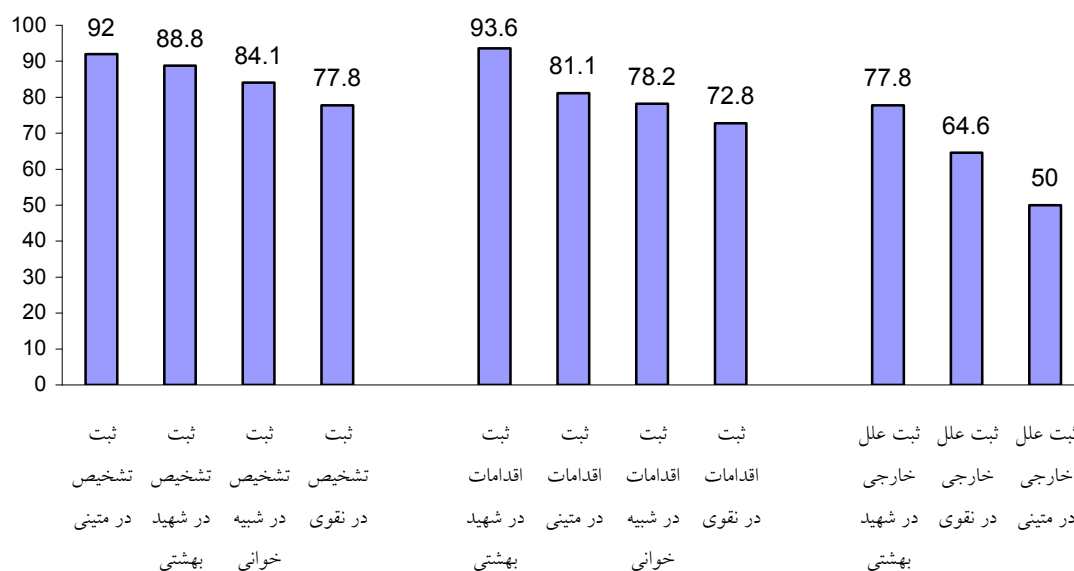
توزیع فراوانی میزان رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها، اقدامات و علل خارجی حوادث بر

۹۴/۷٪ بیشترین میزان و گروه چشم پزشکی با ۶۷/۵٪ کمترین میزان را داشته‌اند.

در مورد میزان رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث، بیمارستان شهید بهشتی با ۷۷/۸٪ بیشترین میزان و بیمارستان متینی با ۵۰٪ کمترین میزان را داشته است. گروه ENT با ۳۳٪ کمترین میزان را در این مورد به خود اختصاص داده است.

در بیمارستان متینی با ۹۲٪ بیشترین میزان و در بیمارستان نقوی با ۷۷/۸٪ کمترین میزان را داشته است. گروه چشم پزشکی با ۹۵/۹٪ بیشترین میزان رعایت اصول تشخیص نویسی را در بین گروه‌های بالینی داشته است و کمترین میزان مربوط به گروه جراحی تخصصی با ۷۷/۸٪ بوده است.

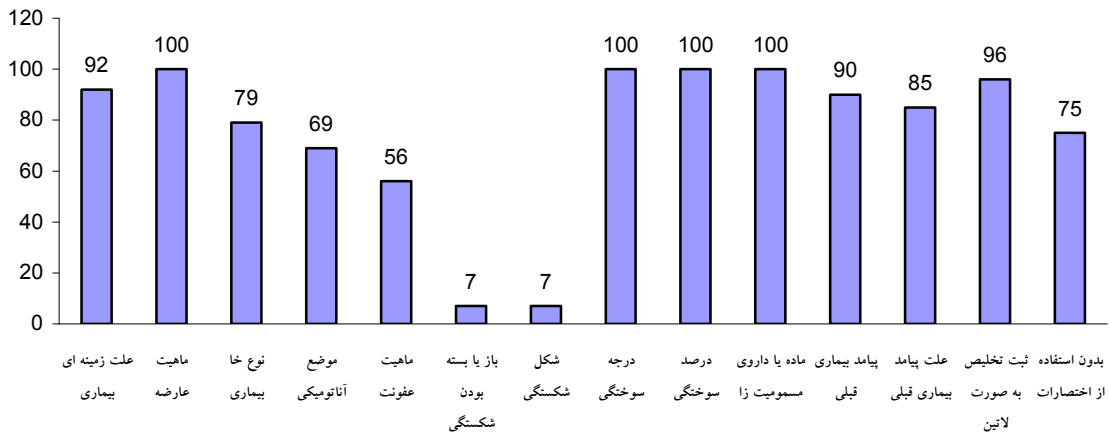
در خصوص ثبت اقدامات پزشکی، بیمارستان شهید بهشتی با ۹۳/۵٪ بیشترین میزان و بیمارستان نقوی با ۷۲/۹٪ کمترین میزان را به خود اختصاص داده است و در بین گروه‌های بالینی، گروه ENT با



نمودار ۲ - توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب اصول تشخیص نویسی به تفکیک بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

ماده یا داروی مسمومیت‌زا در تشخیص مسمومیت‌ها به میزان ۱۰۰ درصد و کمترین میزان رعایت اصول تشخیص نویسی مربوط به ثبت شکل و باز یا بسته بودن شکستگی در تشخیص شکستگی‌ها به میزان ۷٪ بوده است.

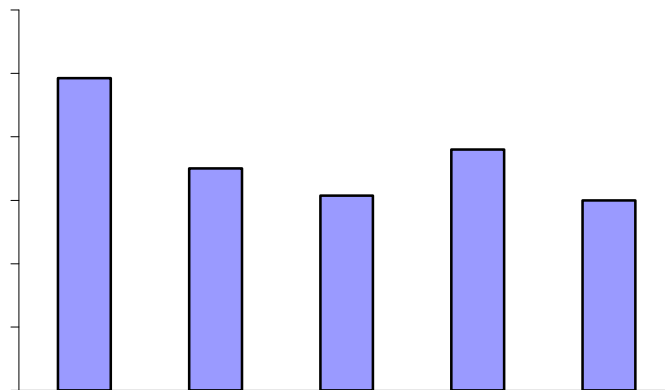
اصول ثبت تشخیص نویسی به تفکیک استانداردهای ثبت تشخیص‌ها در نمودار شماره ۳ آمده است. بیشترین رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها مربوط به ثبت ماهیت عارضه ایجاد شده، ثبت درجه و درصد سوختگی در تشخیص سوختگی‌ها، ثبت



نمودار ۳- توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب استانداردهای رعایت اصول تشخیص نویسی در بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

آن مربوط به ثبت اقدام یا عمل جراحی انجام شده بدون استفاده از اختصارات پزشکی به میزان ۶۰٪ بوده است.

میزان رعایت اصول ثبت اقدامات پزشکی در نمودار شماره ۴ آمده است. بیشترین میزان رعایت اصول ثبت اقدامات پزشکی مربوط به ثبت ماهیت اقدام یا عمل جراحی انجام شده با ۹۸/۵٪ و کمترین

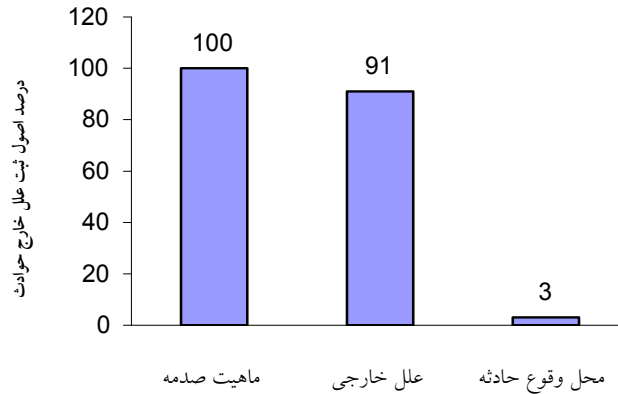


نمودار ۴- توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب استانداردهای رعایت اصول ثبت اقدامات پزشکی در بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

ثبت ماهیت صدمه یا حالت ایجاد شده در حالتیهای

میزان رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث در نمودار شماره ۵ آمده است. بیشترین رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث مربوط به

منتج از علل خارجی به میزان ۱۰۰٪ و کمترین میزان رعایت آن مربوط به ثبت محل وقوع حادثه یا جراحت در حالت های منتج از علل خارجی به میزان ۳٪ می باشد.



نمودار ۵- توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب استانداردهای رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث در بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

## بحث

ثبت شده مربوط به علل خارجی حوادث به استناد پرونده های پزشکی انجام داد. در آن مطالعه میزان ثبت علل خارجی حوادث ۵۲٪ و در حد متوسط بود. (۸) که با یافته های این پژوهش همخوانی دارد. نتایج تحقیق انجام شده توسط آریایی در سال ۱۳۷۷ در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان حاکی از آن است که تشخیص نهایی در ۶۲٪ موارد یعنی در حد متوسط تکمیل شده و میزان ثبت اعمال جراحی ۴۵٪ یعنی در حد ضعیف بوده است. (۹). *Call* و *Khoury* در سال ۱۹۹۱ در مطالعه ای میزان تکمیل بودن تشخیص نهایی در پرونده بیماران را ۵۱٪ و در حد متوسط بیان کرده است (۱۰). *Sullivan* و *Wilson* در سال ۱۹۹۵ در پژوهشی نشان دادند که تشخیص ها در حد ضعیف و تنها در ۴۹٪ موارد کامل بوده اند (۱۱). یافته های مذکور با یافته های این پژوهش همخوانی ندارند. به نظر می رسد مطلوب بودن میزان رعایت استانداردهای تشخیص نویسی و اقدامات پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان نسبت به مطالعات خارجی می تواند ناشی از آموزش مناسب دانشجویان

یافته های پژوهش حاکی از آن است که اصول تشخیص نویسی و اصول ثبت اقدامات به میزان ۸۷٪ و ۷۷٪، در حد مطلوب و اصول ثبت علل خارجی حوادث به میزان ۶۵٪ در حد متوسط در پرونده های بالینی رعایت شده است.

احمدزاده در تحقیقی که در سال ۱۳۷۷ در بیمارستان های شهید فقیهی و نمازی شیراز انجام داده است بیان می کند که ثبت تشخیص نهایی به ترتیب در دو بیمارستان مذکور ۹۸/۵ و ۹۵/۸ درصد و ثبت اقدامات پزشکی ۹۴٪ و ۹۶٪ و در حد مطلوب بوده است. (۷) محرابی در تحقیق سال ۱۳۷۷ در بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران اذعان داشته است که ثبت تشخیص نهایی و اقدامات پزشکی در ۳ بیمارستان دارای عملکرد خوب (بالای ۷۰٪) و در یک بیمارستان دارای عملکرد متوسط (۷۰٪-۵۰٪) بوده که بیان کننده ثبت تشخیص ها در حد مناسب در اکثریت مراکز تحت پژوهش می باشد (۲). *Schwartz* در سال ۱۹۹۵ تحقیقی در زمینه بررسی کمی اطلاعات

اصول پرونده نویسی جزو آموزش های آکادمیک دانشجویان پزشکی در آید و شورایی عالی مدارک پزشکی در تمامی دانشگاه های علوم پزشکی و حتی در سطح وزارتخانه تشکیل گردد.

یافته ها نشان می دهد که رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث در حد متوسط (۶۵٪) است و ثبت محل وقوع حادثه کمترین میزان (۳٪) را داشته است. بر اساس تحقیق Schwartz در سال ۱۹۹۵، محل وقوع حادثه به میزان ۱۴٪ ثبت شده است (۸). مستند سازی اطلاعات بیماران اورژانسی در آمبولانس، منزل بیمار، محل کار، محل حادثه و هر محل دیگری آغاز می شود. به هنگام ورود بیمار به بخش اورژانس، یک رونوشت از گزارش آمبولانس می تواند به پرونده اورژانس بیمار ضمیمه شود یا داده های آن برای الحاق به گزارش بخش اورژانس بیمارستان خلاصه برداری شود. اغلب گفته می شود که یک پرونده کافی و غنی دلالت بر مراقبت کافی دارد و بر عکس یک پرونده پزشکی ناقص دلالت بر مراقبت ناکافی دارد (۱۴). احتمال دارد نامطلوب بودن اطلاعات ثبت شده در خصوص علل خارجی حوادث، به دلیل نامناسب بودن کیفیت مراقبت درمانی بخش اورژانس باشد.

از طرفی به نظر می رسد نبود مکانیسم دقیق جهت ثبت اطلاعات کامل از محل وقوع حادثه تا زمان انتقال بیمار به بخش اورژانس بیمارستان و انتقال این اطلاعات به پرونده پزشکی بیمارستانی بیمار موجب گردیده تا ثبت علل خارجی حوادث علی الخصوص ثبت محل وقوع حادثه از میزان پایینی برخوردار باشد. در طرح ساماندهی اورژانس کشور، توجه به این نکته لازم به نظر می رسد و توصیه می شود مکانیسمی جهت ثبت دقیق اطلاعات بیماران اورژانسی طراحی گردد.

پزشکی این دانشگاه در حد استانداردهای جهانی باشد و این خود می تواند ناشی از تبعیت مراکز درمانی از دانشگاه های علوم پزشکی باشد که علی رغم انتقاداتی که به آن می شود یکی از نقاط قوت آن در آموزش عملی به حساب می آید. همچنین در مقایسه با دانشگاه علوم پزشکی کرمان، می تواند حاکی از کیفیت مناسب تر آموزش و نظارت بر پرونده نویسی در این دانشگاه باشد. کامل و صحیح بودن اقدامات و تشخیص های ثبت شده در پرونده بالینی بیمار برای بالا بردن کیفیت مراقبت بیمار، آموزش، تحقیق و دفاع از بیمارستان ضروری است (۱۲). تا عبارت تشخیصی به نحو کامل توسط پزشک ثبت نگردد نمی توان به درستی تشخیص بی همتی را کدگذاری کرد (۱۳). بنابراین اگر عمل کدگذاری بیماری ها را فاقد اشتباه فرض کنیم، می توان اطلاعات و آمار بیماری های استخراجی از تشخیص های پرونده های بالینی را به میزان ۸۷٪ قابل اطمینان دانست. دلایل متعددی می تواند در این روند نقش داشته باشد که به نظر می رسد مهم ترین آن تشکیل شورایی عالی مدارک پزشکی در حوزه ریاست محترم دانشگاه و تشکیل کمیته های مدارک پزشکی بیمارستان ها به عنوان زیرمجموعه شورایی عالی است و سپس ارزیابی مداوم و سالانه پرونده های پزشکی توسط شورایی عالی مدارک پزشکی و برگزاری کارگاه های آموزشی مستمر جهت افزایش آگاهی پزشکان در این خصوص و آموزشی بودن بخش مدارک پزشکی از دیگر دلایل آن است که تمامی این اقدامات از ابتدای سال ۱۳۷۶ تاکنون برای اولین بار در کشور در این دانشگاه اجرا شده است. با توجه به اینکه روند مذکور یک روند تدریجی و طولانی مدت بوده پیشنهاد می گردد جهت تقویت روند فوق، علاوه بر ادامه فعالیت های فعلی، آموزش

این مطالعه نشان داد که جراحان در ثبت اقدامات پزشکی به میزان ۴۰٪ از اختصارات استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد به دلیل حجم کاری زیاد آنان و جهت صرفه‌جویی در زمان ثبت اطلاعات، جراحان ترجیح می‌دهند از اختصارات استفاده کنند. سیاست اداری انجمن بیمارستان‌های آمریکا بیان می‌کند که اختصارات باید به طور کلی از اغلب قسمتهای حیاتی پرونده پزشکی مثل تشخیص نهایی و شرح اقدامات حذف شوند. این سیاست به آن دلیل اعمال می‌شود که اغلب یک اختصار با معانی مختلفی تعبیر می‌شود (۱۵). با این وجود، تعیین اختصارات استاندارد متناسب با استانداردهای بین‌المللی و نیازهای داخلی، لازم و ضروری است و این اختصارات جهت استفاده مقتضی و هماهنگ باید توسط مراجع ذیصلاح تهیه و در اختیار همه پزشکان قرار گیرد تا از ثبت سلیقه‌ای و غیر استاندارد خودداری گردد.

### تقدیر و تشکر

در خاتمه از زحمات همکاران گرامی جناب آقای سیدغلامعباس موسوی و جناب آقای دکتر سید احمد خلیفه سلطانی قدردانی می‌شود. همچنین از زحمات کارشناسان مدارک پزشکی آقای مصطفی رضایی و خانم‌ها مریم حسینی، آزاده شانه‌ساز و رضوان جان‌نثاری که محققین را در جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند تشکر می‌شود.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، بیمارستان متینی علیرغم وجود رزیدنت در رعایت اصول تشخیص‌نویسی بیشترین میزان را داشته است (۹۲٪) و در ثبت اقدامات پزشکی نیز با ۸۱/۱ درصد رتبه دوم را کسب کرده است. بیمارستان شهید بهشتی نیز دارای رزیدنت می‌باشد و در رعایت اصول تشخیص‌نویسی با ۸۸/۸ درصد رتبه دوم و ثبت اقدامات پزشکی با ۹۳/۵ درصد رتبه اول را کسب کرده است. بنابراین نمی‌توان با قاطعیت قضاوت کرد که وجود یا عدم وجود رزیدنت در میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی مؤثر بوده است. از طرفی بیمارستان نقوی در هر دو مورد نسبت به سایر مراکز درمانی میزان کمتری را کسب کرده است. بنابراین به نظر می‌رسد در مجموع، پزشکان گروه جراحی تخصصی، دقت و توجه کمتری به ثبت جزئیات تشخیصی دارند. در خصوص ثبت علل خارجی حوادث، بیمارستان متینی با کسب ۵۰٪ امتیاز نسبت به سایر مراکز درمانی از وضعیت خوبی برخوردار نبوده است. به نظر می‌رسد دقت کمتر اینترنتهای بخش اورژانس متینی دلیل اصلی این امر باشد. توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی آگاهی لازم به اینترنتها داده شود.

باز یا بسته بودن شکستگی و شکل شکستگی با ۷٪ کمترین میزان رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها را داشته است که در این خصوص آموزش بیشتر توصیه می‌شود.



**References:**

- ۱- مرادی غ. بررسی میزان کاربرد مدارک پزشکی در تحقیقات بالینی در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۷۳. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۷۳.
- ۲- محرابی ن. مقایسه عملکرد پزشکان و پرستاران در تکمیل پرونده بیماران بستری در بیمارستانهای عمومی آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.
- ۳- ممتاز ص. بررسی میزان رعایت استانداردها در واحد مدارک پزشکی بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۱۳۷۲، پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. سال ۱۳۷۲.
- ۴- صدوقی ف، احمدی م. کدگذاری بیماریها *ICD-10*. چاپ اول. تهران: انتشارات زرین. بهار ۱۳۷۵: ۱۸۱-۱.
- ۵- قاضی سعیدی م. بررسی فعالیتهای بخش مدارک پزشکی بیمارستانهای تهران در سال ۱۳۷۳. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. سال ۱۳۷۳.
- 6- *Iwanga SK, et al. Teaching Health Statistics. WHO. Geneva. 1986 :173.*
- ۷- احمدزاده ف. بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۷.
- 8- *Schwartz RJ, Boisoneau D, Jacobs LM. The quantity of cause-of-injury information documented on the medical record: an appeal for injury prevention. Acad Emerg Med. 1995;2(2):98-103.*
- ۹- آریایی م. بررسی محتویات مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سه ماهه اول سال ۱۳۷۷. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.
- 10- *Calle EE, Khoury MJ. Completeness of the discharge diagnoses as a measure of birth defects recorded in the hospital birth record. Am J Epidemiol. 1991;134(1):69-77.*
- 11- *Sullivan F, Wilson P. The completeness and accuracy of patient record transfer between practices. Health Bull (Edinb). 1997; 55(1): 16-9.*
- 12- <http://www.icd.com/Guidelines/AdditionalDx.htm>, accessed 2002 .
- ۱۳- حسینی اس. اصول تشخیص نویسی. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت پژوهشی؛ ۱۳۷۹: ۵۰.
- 14- *Huffman E. Health Information Management. Company Berwyn , 1994 : 57-106.*
- 15- <http://hirs.mc.euke.edu/recserv.nsf/263f6bebe26d55c8852667b00622163/3>, accessed 2002.