

بررسی میزان رعایت اصول صحیح پرونده نویسی در بیماران مولتیپل ترومای مراجعه کننده به بیمارستان بعثت همدان در سال ۱۳۸۷

دکتر سعید افضل^{*} - دکتر محمد علی سیف ربیعی^{**} - دکتر ساره نقدی^{***}

* دانشیار پزشکی قانونی و مسمومیتها، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

** استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

چکیده

مقدمه: پرونده پزشکی باید شامل اطلاعات کافی جهت شناسایی کامل یک بیمار خاص، ثبت مسائل بهداشتی وی و ثبت نتیجه هر گونه معالجه باشد. با توجه به اهمیت بیماران ترومایی از نظر قانونی در این مطالعه به بررسی رعایت اصول پرونده نویسی در بیماران مولتیپل ترومایی مراجعه کننده به بیمارستان بعثت همدان در سال ۱۳۸۷ پرداختیم.

روش کار: پرونده ۴۱۳ نفر از بیماران مولتیپل ترومایی که در بخش های جراحی عمومی، ارتوپدی و جراحی مغز و اعصاب بستری بودند، به صورت تصادفی انتخاب و از نظر ثبت اطلاعات ضروری در برگه شرح حال، دستورات پزشک، سیربیماری، بی هوشی و گزارش عمل جراحی و صدور جواز دفن بررسی شدند. داده ها توسط نرم افزار SPSS16 آنالیز گردید.

یافته ها: فقط دستورات مربوط به هر ویزیت و امضاء یا مهر پزشک معالج در برگ دستورات پزشک، امضاء یا مهر متخصص بیهوشی در برگ بیهوشی و دستورات بعد از عمل جراحی در تمامی موارد (۱۰۰٪) ثبت شده بود. برای بیماران فوتی در هیچ یک از پرونده ها جواز دفن صادر نشده بود.

نتیجه گیری: علی رغم اهمیت ویژه پرونده نویسی صحیح در بیماران ترومایی از نظر قانونی، ثبت اطلاعات به طور ناقص انجام می شود که عواقبی را برای بیماران و پزشکان و سایر کادر درمانی دارد و بنابراین فرآیند مستند سازی نیاز به توجه بیشتر پزشکان و سایر گروه های مستندساز دارد.

واژه های کلیدی: مدارک پزشکی، بیمارستان، مولتیپل تروما

تأیید مقاله: ۱۳۹۱/۳/۱۶

وصول مقاله: ۱۳۹۰/۸/۱۰

نویسنده پاسخگو: همدان، خیابان میرزاده عشقی، بیمارستان فرشچیان afzali.saeed@gmail.com

مقدمه

درمانی و غیر درمانی خدمات ارائه می دهند.

در این بین آشنا بودن پزشکان و پرستاران به مقررات و

دستورالعمل های مدون و ثبت اطلاعات صحیح و به موقع می تواند

شان و حقوق مسلم بیماران را در نظر بگیرد (۲).

مستندسازی پرونده ی پزشکی یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای

برای کلیه ی متخصصین در امور بهداشت و درمان است زیرا علاوه

بر تسهیل تبادل اطلاعات بیمار برای اعضای تیم درمانی و تضمین

مراقبت های ارائه شده به بیمار، می تواند برای تحقیق، ارزیابی کیفی و

اهداف پزشکی قانونی مورد استفاده قرار گیرد (۳، ۴)

اکثر پزشکان بر این باورند که مراقبت های پزشکی یا جراحی مورد

نیاز بیمار بسیار حیاتی بوده، اما توجه کافی به روند مستند سازی را به

پرونده ی پزشکی مجموعه ای از مستندات مهم در خصوص

سلامتی بیماران بوده و مهم ترین اهداف پرونده نویسی شامل ارتباط

بین تیم مراقبت، آموزش تیم مراقبت، ارزیابی کیفیت مراقبت برای

استفاده ی سایر واحدهای درگیر مانند بیمه گرها، پرداخت کننده های

شخص ثالث، مراکز بهداشت عمومی، مراکز قانونی، مدیریت بیمارستان

و پرسنل ارزیابی کننده اطلاعات آماری در جهت بهبود سلامتی

بیماران می باشد (۱).

ثبت مستندات پرونده بیماران وظیفه کلیه پرسنلی است که از

زمان ورود بیمار تا هنگام ترخیص به اشکال مختلف اعم از اقدامات

ای، تاریخ، ساعت و دستورات هر ویزیت و ثبت امضاء یا مهر کارورز، دستیار و پزشک معالج و ثبت موارد ضروری مربوط به دستورات اولیه، تشخیص اولیه، وضعیت استراحت بیمار، رژیم غذایی، تست‌های پاراکلینیک و داروها بررسی شد.

برگ سیربیماری بیماران از نظر ثبت اطلاعات دموگرافیک و شناسه ای، تاریخ، پیشرفت معالجات و ثبت امضاء یا مهر کارورز، دستیار و پزشک معالج بررسی شد.

برگ بی هوشی پرونده ی بیماران از نظر ثبت اطلاعات دموگرافیک و شناسه ای، تاریخ بی هوشی، تشخیص قبل از عمل، عمل جراحی پیشنهاد شده، داروهای قبل از بی هوشی، نوع بی هوشی، وضع بیمار در شروع بی هوشی مراقبت در حین بی هوشی، وضع بیمار در خاتمه ی بی هوشی، مدت بی هوشی، امضاء یا مهر دستیار بی هوشی، و امضاء یا مهر متخصص بی هوشی بررسی شد.

برگ گزارش عمل جراحی بیماران از نظر ثبت اطلاعات دموگرافیک و شناسه ای، نام جراح، تاریخ جراحی، تشخیص قبل و بعد از عمل، نوع عمل جراحی، شرح عمل و مشاهدات، دستورات بعد از عمل، امضاء یا مهر دستیار و امضاء یا مهر جراح بررسی شد.

در نهایت داده‌های به دست آمده از پرسش نامه‌ها با استفاده از نرم افزار Spss16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از تعداد ۴۱۳ پرونده مورد مطالعه، ۲۶۷ نفر (۶۴/۶٪) به علت سوانح رانندگی، ۳۴ نفر (۸/۲٪) به علت نزاع و ۱۱۲ نفر (۲۷/۲٪) به علت سقوط از ارتفاع در بخشها بستری شده بودند.

عنوان بخشی از فرآیند درمان در نظر نمی گیرند (۵، ۶). با توجه به تعداد زیاد بیماران ترومایی مراجعه کننده به مراکز درمانی مستند سازی در این بیماران از جهات مختلف از جمله مسائل علمی و درمانی، قانونی و قضایی و مسائل مالی دارای اهمیت فراوان می باشد.

با توجه به این موضوع بر آن شدیم که به بررسی میزان رعایت ثبت اطلاعات در پرونده‌های بیماران مولتیپل ترومایی مراجعه کننده به بیمارستان بعثت همدان در سال ۱۳۸۷ بپردازیم.

روش کار

در این مطالعه توصیفی مقطعی که در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت، پرونده تعداد ۴۱۳ بیمار مولتیپل ترومایی که در بخش‌های جراحی عمومی، ارتوپدی و جراحی اعصاب بیمارستان بعثت همدان بستری شده بودند، مورد ارزیابی قرار گرفت.

با مراجعه به بایگانی بیمارستان پرونده ی این بیماران به صورت تصادفی انتخاب و از نظر ثبت اطلاعات ضروری در برگ شرح حال، دستورات پزشک، سیربیماری، برگ بی هوشی، گزارش شرح عمل جراحی و همچنین از نظر صدور جواز دفن در موارد منجر به فوت، مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات به صورت دستی وارد پرسش نامه ای مشتمل بر ۱۳ سؤال شد.

برگ شرح حال پرونده ی این بیماران از نظر ثبت اطلاعات دموگرافیک و شناسه ای، اصول استاندارد شرح حال گیری و ثبت امضاء یا مهر کارورز، دستیار و پزشک معالج بررسی شد.

برگ دستورات پزشک از نظر ثبت اطلاعات دموگرافیک و شناسه

جدول ۱ - اطلاعات دموگرافیک ثبت نشده در برگه‌های مختلف پرونده‌های بیماران

اطلاعات دموگرافیک	شرح حال		دستورات پزشک		سیر بیماری		بی هوشی		عمل جراحی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شماره پرونده	۲۹۵	۷۱/۴	۱۶۶	۴۰/۲	۲۱	۶۵/۶	۶۰	۲۳/۶	۵۳	۱۹/۱
نام و نام خانوادگی	۲۳۸	۵۷/۶	۳۲	۷/۷	۱۵۸	۴۹/۴	۲۰	۷/۹	۱۱	۳/۹
نام پدر	۳۷۹	۹۱/۸	۳۵۳	۸۵/۵	۲۸۴	۸۸/۸	۱۸۶	۷۴/۴	۲۰۸	۷۵/۱
تاریخ تولد	۳۰۸	۷۴/۶	۲۵۵	۶۱/۷	۲۳۱	۷/۲	۱۳۰	۵۱/۲	۱۰۱	۳۶/۵
نام بخش	۳۱۱	۷۵/۳	۲۰۰	۴۸/۴	۲۰۶	۶۴/۴	۱۳۲	۵۱/۹	۹۹	۳۵/۷
شماره اتاق	۴۱۳	۱۰۰	۴۱۳	۱۰۰	۳۲۰	۱۰۰	۲۵۴	۱۰۰	۲۷۷	۱۰۰
شماره تخت	۳۸۳	۹۲/۷	۳۷۲	۹۰/۱	۲۸۶	۸۹/۴	۲۳۶	۲۳۶	۲۵۵	۹۲/۱
تاریخ پذیرش	۲۵۱	۶۰/۸	۱۲۱	۲۹/۳	۱۷۴	۵۴/۴	۶۷	۶۷	۳۹	۱۴/۱

در مورد اطلاعات ضروری مربوط به دستورات اولیه، تشخیص اولیه در ۱۹۸ مورد (۴۷/۹٪)، وضعیت استراحت بیمار در ۲۹۴ مورد (۷۱/۲٪)، رژیم غذایی در ۱۰۱ مورد (۲۴/۵٪)، تست‌های پاراکلینیک در ۳۴ مورد (۸/۲٪) و داروها در ۱۵ مورد (۳/۶٪) ثبت نشده بود.

از ۳۲۰ پرونده ای که دارای برگه سیر بیماری بودند در ۱۳۷ پرونده (۴۲/۸٪) تاریخ، در ۱۳۵ پرونده (۴۲/۲٪) پیشرفت معالجات، در ۲۱۶ پرونده (۶۷/۵٪) امضاء یا مهر کارورز، در ۱۹۰ پرونده (۵۹/۴٪) امضاء یا مهر دستیار و در ۳۰۵ پرونده (۹۵/۳٪) امضاء یا مهر پزشک معالج ثبت نشده بود.

همچنین لازم به ذکر است برگه گزارش سیر بیماری حتی در موارد ثبت شده، ناقص بوده و سیر روند درمان و پیشرفت معالجات از زمان بستری تا هنگام ترخیص گزارش نشده بود.

در جدول ۳ نقایص برگه بیهوشی در ۲۵۴ پرونده ای که دارای این برگه بودند، آورده شده است.

امضاء و مهر دستیار بیهوشی در هیچ یک از پرونده بیماران ثبت نشده بود ولی تمامی برگه‌ها دارای امضاء و مهر پزشکی بیهوشی دهنده بود.

نقایص برگه شرح عمل جراحی در ۲۷۷ پرونده ای که دارای این برگه بودند در جدول ۴ آورده شده است.

در تمام بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفتند، دستورات بعد از عمل در برگه دستورات پزشک ثبت گردیده بود و از این نظر نقصی مشاهده نشد.

از کل بیماران، تعداد ۴۶ نفر (۱۱/۱٪) فوت کرده بودند که در تمامی آن‌ها گواهی فوت توسط کارورز و یا دستیار در پرونده بیماران ثبت شده بود ولی با توجه به این که علت فوت آن‌ها ناشی از یک سانحه

جدول ۳ - فراوانی نقایص ثبت اطلاعات ضروری در برگه بیهوشی پرونده بیماران

اطلاعات ضروری	ثبت نشده	
	تعداد	درصد
تاریخ بیهوشی	۴۳	۱۶/۹
تشخیص قبل از عمل	۱۳۹	۵۴/۷
عمل جراحی پیشنهادی	۱۷۷	۶۹/۷
داروهای قبل از بیهوشی	۱۱۱	۴۳/۷
نوع بیهوشی	۲	۰/۸
وضعیت در شروع بیهوشی	۱۱۱	۴۳/۷
علایم حیاتی	۱۲۳	۴۸/۴
وضعیت در پایان بیهوشی	۱۲	۴/۷
مدت بیهوشی	۶۵	۲۵/۶

از این تعداد بیمار، ۱۴۰ نفر (۳۳/۹٪) در بخش جراحی عمومی، ۱۳۸ نفر (۳۳/۴٪) در بخش ارتوپدی و ۱۳۵ نفر (۳۲/۷٪) در بخش جراحی مغز و اعصاب بستری شدند.

در جدول ۱ موارد ثبت نشده اطلاعات دموگرافیک در برگه‌های مختلف پرونده بیماران آورده شده است.

فراوانی نقایص برگه‌های شرح حال بر حسب نحوه اصول صحیح و استاندارد شرح حال گیری در جدول شماره ۲ آورده شده است.

در برگه شرح حال امضاء یا مهر کارورز در ۳۰۵ پرونده (۷۳/۸٪)، امضاء یا مهر دستیار در ۳۹۰ پرونده (۹۴/۴٪) و امضاء و یا مهر پزشک معالج در ۳۴۸ پرونده (۸۴/۳٪) ثبت نشده بود.

در برگه دستورات پزشک، دستورات مربوط به هر ویزیت و امضاء یا مهر پزشک معالج در ۱۰۰٪ موارد ثبت شده بود. تاریخ و ساعت ویزیت در ۷۷ پرونده (۱۸/۶٪) ثبت نشده بود و در ۱۳۰ پرونده (۳۱/۵٪) در تعدادی از دستورات فقط تاریخ ثبت شده بود.

همچنین امضاء یا مهر کارورز در ۱۷۸ پرونده (۴۳/۱٪) و امضاء یا مهر دستیار در ۱۷۳ پرونده (۴۱/۹٪) در برگه دستورات پزشک ثبت نشده بود.

جدول ۲ - فراوانی نقایص برگه شرح حال بر حسب اصول استاندارد نویسی در پرونده‌های بیماران

اطلاعات ضروری	ثبت نشده		ناقص ثبت شده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
Chief Compliant	۲۸۶	۶۹/۲	-	-
Present Illness	۲۳۱	۵۵/۶	-	-
Past Medical History	۳۴۷	۸۴	-	-
Drug History	۳۶۱	۸۷/۴	-	-
Habitual History	۱۵۳	۵۸	-	-
Allergy History	۳۷۹	۹۱/۸	-	-
Family History	۳۹۲	۹۴/۹	-	-
Review of System	۳۷۶	۹۱	۲۰	۴/۹
Physical Examination	۲۴۷	۵۹/۹	۱۰۰	۲۴/۲
تشخیص اولیه	۳۱۵	۷۶/۳	-	-
تشخیص نهایی	۳۷۱	۸۹/۸	-	-
نوع ضایعه	۲۶۵	۶۴/۲	-	-
محل آناتومیک ضایعه	۲۵۴	۶۱/۵	۳۴	۸/۲
اندازه ضایعه	۴۰۶	۹۸/۳	-	-
وسیله ایجاد کننده ضایعه	۲۴۷	۵۹/۸	-	-

جدول ۴ - فراوانی نقایص ثبت اطلاعات ضروری در برگه‌های شرح عمل جراحی در پرونده بیماران

اطلاعات ضروری	ثبت نشده	
	تعداد	درصد
نام جراحی	۱۰۷	۳۸/۶
تاریخ جراحی	۷۱	۲۵/۶
تشخیص قبل از عمل	۲	۰/۷
تشخیص بعد از عمل	۱۳	۴/۷
نوع جراحی	۱۲	۳/۴
شرح عمل	۳	۱/۱
دستورات بعد از عمل	-	-
امضا یا مهر دستیار	۲۲۷	۸۱/۹
امضا یا مهر جراح	۱۸	۶/۵

بوده برای هیچ‌یک جواز دفن صادر نشده و جسد آن‌ها به پزشکی قانونی ارجاع داده شده بود.

بحث

نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داد علی‌رغم اهمیت مستندسازی در پرونده‌های پزشکی، خصوصاً در بیماران ترومایی، تکمیل پرونده‌ها به صورت کامل و دقیق صورت نگرفته و دارای نواقص قابل توجهی می‌باشد.

یافته‌های به دست آمده بیانگر آن است که اطلاعات دموگرافیک و شناسه‌ای در برگه‌های مختلف پرونده، به طور ناقص ثبت گردیده و به خصوص نکته قابل توجه در خصوص ثبت شماره اتاق بود که در هیچ‌یک از پرونده‌ها مشاهده نگردید. بعد از آن بیشترین نقص در تمامی برگه‌ها مربوط به ثبت نام پدر و شماره تخت بوده و کمترین نقص در تمامی برگه‌ها مربوط به نام و نام خانوادگی بوده است.

اطلاعات ضروری برگه شرح حال بیماران به صورت کامل و بر حسب اصول استاندارد شرح حال‌گیری تکمیل نشده بود. کمترین نقایص در این برگه‌ها مربوط به ثبت *present illness* و معاینه کلینیکی و بیشترین نقایص در اکثریت دیگر اجزای این برگه بود. در ضمن در بیشتر پرونده‌ها تشخیص اولیه و نهایی ثبت نشده بود.

در مطالعات دیگر صورت گرفته (۱۰-۷) نیز در بیشتر پرونده‌ها تشخیص اولیه و نهایی ثبت نشده بود. اما در مطالعه صورت گرفته توسط فرزندی پور در اکثریت موارد اصول تشخیص نویسی در حد مطلوب رعایت شده بود (۱۱).

در هیچ‌یک از برگه‌های شرح حال، امضاء یا مهر کارورز، دستیار

و پزشک معالج به طور همزمان ثبت نشده بود که از دلایل آن می‌توان به ثبت شرح حال در برگه دستورات پزشک، عدم تایید شرح حال گرفته شده کارورز و یا دستیار توسط پزشک معالج، نبود کارورز و دستیار در بخش‌های ارتوپدی و جراحی اعصاب و تعداد زیاد بیماران ترومایی مراجعه کننده و ازدحام کاری جراحان اشاره نمود.

از دیگر موارد مهم که از نقطه نظر قانونی و همچنین نحوه تعیین میزان خسارت حائز اهمیت بوده، ثبت دقیق اطلاعات مربوط به ضایعات از جمله نوع، اندازه، محل آناتومیک ضایعات و نحوه حدوث آن بوده که در اکثر برگه‌های شرح حال به آن اشاره نشده است. یکی از دلایل مهم این موضوع عدم آگاهی پرسنل پزشکی به مسایل قانونی می‌باشد.

در مورد برگه دستورات پزشک، در ثبت دستورات مربوط به هر ویژگی نقصی دیده نشد اما در همه موارد تاریخ و ساعت ویزیت‌ها کامل ثبت نشده بود و در برخی از ویزیت‌ها فقط تاریخ ذکر شده بود. در اکثر موارد دستورات توسط کسی که آن را ثبت کرده، امضاء یا مهر شده بود. امضاء یا مهر پزشک معالج در تمامی برگه‌ها ثبت شده بود. مهمترین علل این موضوع عدم توجه و دقت کافی، عدم نظارت دستیار بر کارورز و عدم نظارت پزشک معالج بر دستیار و کارورز می‌باشد.

ثبت دستورات اولیه در اکثر موارد ناقص بوده و فقط در درصد کمی همه اطلاعات لازم اعم از تشخیص اولیه، وضعیت استراحت بیمار، رژیم غذایی، تست‌های پاراکلینیک و داروها ثبت شده بود.

بیشترین نقص مربوط به مشخص کردن وضعیت استراحت بیمار و کمترین نقص مربوط به ثبت داروها بوده است.

در مطالعه صورت گرفته توسط عباسی و توکلی بیشترین نقص در عدم ثبت تاریخ و ساعت ویزیت و کمترین نقص در ارتباط با ثبت داده‌ها توسط مستندسازان بوده است (۱۲).

در برگه سیربیماری نیز اطلاعات ضروری و امضاء یا مهر کارورز، دستیار و پزشک معالج به صورت ناقص ثبت گردیده بود.

در هیچ‌یک از برگه‌های بی‌هوشی، امضاء یا مهر دستیار ثبت نشده بود. بعد از آن بیشترین نقص مربوط به ثبت عمل جراحی پیشنهاد شده و تشخیص قبل از عمل بوده و کمترین نقص مربوط به ذکر نوع بی‌هوشی و وضع بیمار در خاتمه بی‌هوشی بوده است.

در برگه گزارش عمل جراحی بیشترین نقص مربوط به ثبت امضاء یا مهر دستیار، نام جراح و تاریخ جراحی بوده و سایر موارد در اکثر پرونده‌ها ثبت شده بود. برخی از علل این موضوع، عدم حضور دستیار در بخش‌های ارتوپدی و جراحی اعصاب و عدم توجه دستیاران جراحی عمومی به این موضوع که از نظر قانونی مسئولیت عمل انجام شده به عهده آن‌ها بوده و می‌بایست توسط آن‌ها با ثبت امضاء و مهر تایید گردد.

نکته مثبتی که در همه پرونده‌های بیماران فوت شده دیده شد، ثبت دقیق گواهی فوت توسط کارورز و دستیار در پرونده و عدم صدور جواز دفن و ارجاع تمام آن‌ها به مرکز پزشکی قانونی بوده است.

نبود دستورالعمل مشخص و مکتوب در زمینه نحوه تکمیل

پیشنهادات

- با توجه به این مطالعه به منظور کاهش نقایص پرونده‌های پزشکی نکات زیر پیشنهاد می‌شود:
- ۱- تعیین دستورالعمل‌های مشخص جهت نحوه تکمیل پرونده‌های پزشکی .
 - ۲- آموزش کافی به دانشجویان پزشکی ، کارورزان و دستیاران درباره ثبت اطلاعات و اصلاح نواقص و حتی برقراری دوره‌های آموزشی جهت پزشکان متخصص.
 - ۳- آگاه ساختن دانشجویان پزشکی ، کارورزان و دستیاران از کاربردهای مستند سازی صحیح برای مقاصد قانونی ، آموزشی ، پژوهشی و برنامه ریزی‌های مدیریتی .
 - ۴- نظارت پزشکان متخصص بر نحوه ی عملکرد کارورزان و دستیاران.
 - ۵- بهبود مدیریت بیمارستان‌ها در کنترل و نظارت به روند ثبت و گزارش نویسی.
 - ۶- توصیه به کارورزان و دستیاران و سایر گروه‌های مستند ساز جهت ثبت هریک از اطلاعات در برگه‌های مخصوص به آن .

اوراق پرونده، عدم آموزش کافی کادر پزشکی و عدم نظارت اساتید بر نحوه تکمیل پرونده‌ها توسط کارورزان و دستیاران، می‌تواند از جمله دلایل مهم در عدم تکمیل پرونده‌های پزشکی باشد (۶).

همچنین مطالعه غفاری نشان داده که آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول صحیح پرونده نویسی کامل نیست (۱۳).

پرونده‌های پزشکی به لحاظ آن که وضعیت بیمار، طول مدت بستری، بررسی‌های کلینیکی و پاراکلینیکی انجام شده، سیر بیماری و تعامل بین بیمار و پزشک در طول یک دوره را مستند می‌کنند، به عنوان یک عنصر اساسی در کیفیت مراقبت به شمار می‌روند (۱۴). همانطور که در این مطالعه دیده شد، فرآیند مستند سازی پرونده‌های پزشکی توسط کارورزان، دستیاران و پزشکان معالج به طور ناقص صورت می‌گیرد که این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری شده، می‌تواند آثار سوء در فرآیند درمان آن‌ها داشته و همچنین با توجه به بروز تروما و خسارات وارده می‌تواند مشکلات قانونی و قضایی در بر داشته و در ضمن پرداخت خسارات وارده به بیمار توسط شرکت‌های بیمه گر را با مشکل مواجه گرداند.

References

- 1- Quinn Campion. The Medical Record As a Forensic Resource. 1st ed. London: Jones and Bartlett Publishers; 2004:1-4.
- 2- Kazemifar AM, Gheshlaghi F. In Translation: Methods for Prevention of Medical Errors. Tomas Lyman, Jims Sikeston (Authors). 1st ed. Isfahan: Farhang Va Mardom Publisher; 2001: 1-11. [Persian]
- 3- Phillips A, Stiller K, Williams M. Medical Record Documentation: The Quality of Physiotherapy Entries. Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2006; 4(3): 1-17.
- 4- Farhan J, Al-Jummaa S, Alrajhi AA, Al-Rayes H, Al-Nasser A. Documentation and Coding of Medical Records in a Tertiary Care Center: A Pilot Study. Ann Saudi Med 2005; 25(1): 46-9.
- 5- Danialie A, Keshtkaran A. Medical Records Management Section: Shiraz University of Medical Sciences Publications; 2001. [Persian]
- 6- Tavakoli N. The Reasons of Incompleting of Medical Record in Teaching Hospitals in Isfahan. Journal of Management and Information in Health 2005; 3(2): 15-24. [Persian]
- 7- Mashoufi M, Rostami KH, Mardi A. Assessment Records in Hospitals of Ardabil University of Medical Sciences in 2002. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2006; 6(19):73-77. [Persian]
- 8- Aryaei M. Hospital Records Content Evaluation in Kerman General Hospitals during Three First Months in Year 1998. Journal of Health Administration. 2001; 4(11):65-70. [Persian]
- 9- Mehrabi Y, Darayeh S, Minavand B, Mohammad Hosseini T. Evaluation of Information Registration Hospitalized Patients In Hospitals of Iran in 2002. Iranian South Medical Journal. 2003; 5: 46. [Persian]
- 10- Aligolbandi K, Bala Ghafari A, Siamian H, Vahedi M, Rashida S R. Documentation of Diabetic Patients Records At The Educational Hospitals of Sari.Iran.J Mazand Univ Med Sci. 2009; 20(76): 70-76. [Persian]
- 11- Farzandipour M, Asefzadeh S. Surveying the principle of Diagnosis Recording in Patient's Medical Records of Kashan Hospitals in 2002. Feyz 2005; 8(31): 36-44. [Persian]
- 12- Abbassi Sh, Tavakoli N. Quantitative Analysis of

- Medical Record of Patients Admitted in the Gharazi Hospital. Health Information Management. 2011; 8(1):50-60. [Persian]
- 13- Balaghafari A, Siamian H, Aligolbandi K, Zakeezadeh M, Kahooei M, Yazdani Charati J et al. A Study on the Rate of Knowledge, Attitude and Practice of Medical Students towards Method of Medical Records Documentation at Mazandaran University of Medical Sciences Affiliated Therapeutic and Teaching Centers 2003. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2005; 15(49):73-80. [Persian].
- 14- Dra G. Some Related Factors Associated to the Quality of Cesarean Section Performance in Hara ponkita Children and Maternity Hospital in Jakarata . Proceeding of the 13th International Health Records Congress, International Federation of Health Records Organizations and the Health Information Management Association of Australia; 2000: 27-29.

Archive of SID

Processing of File Record for Multiple Traumatic Patients in Hamedan's Besat Hospital in 2008

Saeed Afzali*† - Mohammad Ali Seyferabiei** - Sare Naghdi***

*MD, Associate Professor of Legal Medicine & Clinical Toxicology, Hamedan University of Medical Sciences

MD, Assistant Professor of community Medicine, Hamedan University of Medical Sciences *MD, Hamedan University of Medical Sciences

Abstract

Background: Patient's medical records in hospitals have to include sufficient data such as patient characteristics, sanitary data and any treatment and drug which have been used for the patient. File processing in traumatic patients is more important and will be noticed in legal aspects. In this study we discussed file processing defects for multiple traumatic patients in Hamden's Besat hospital in 2008.

Methods: We randomly reviewed 413 files of multiple traumatic patients admitted in general surgery, orthopedic and neurosurgery units of Hamden's besat hospital, and studied them in case of recording the necessary information in patient's history sheet, doctor's orders, progress notes, anesthesia sheet, surgery report sheet and burial permission in cases conducted to death. The data was analyzed with SPSS 16.

Findings: Just, doctor orders with their signs or, signatures in each visit the anesthesiologist's sign or signature in the anesthesiology sheets and post operation orders were recorded completely (100%). There was no burial permission in case of dead patients.

Conclusion: Despite the specific significance of file processing for traumatic patients, data recordings are defected, which will have bad consequences for patients, medical staffs. Thus, documentary processes have to be more emphasized by physicians and others.

Key words: Medical Records, Hospital, Multiple Trauma

Received: 1 Nov 2011

Accepted: 5 Jun 2012

† Coresspondence: Farshchian Hospital, Mirzade eshghi Ave, Hamedan, Iran

afzali.saeed@gmail.com