

# میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری با تشخیص شکستگی بیمارستان مطهری ارومیه\*

زهرا زارع فضل‌الهی<sup>۱</sup>، معصومه خوش‌کلام اقدم<sup>۲</sup>، هادی لطف‌نژاد افشار<sup>۲</sup>، محمد جبریلی<sup>۲</sup>

## چکیده

**مقدمه:** پرونده‌ی پزشکی بیمار مهم‌ترین منبع برای تحقیقات، آموزش پزشکی و مراجع قضایی به شمار می‌رود و عملکرد پزشک به عنوان سرپرست تیم درمانی در مورد ثبت دقیق و صحیح اطلاعات، حایز اهمیت می‌باشد. ثبت کامل تمام موارد شکستگی در شرح تشخیص لازم و ضروری است. از این رو تحقیق حاضر به منظور تعیین میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری به علت شکستگی در بیمارستان شهید مطهری ارومیه انجام گرفت.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی بود و بر روی پرونده‌ی بیماران بستری دچار شکستگی در سال ۱۳۸۶ بیمارستان شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد. تعداد ۴۰۰ پرونده‌ی بیماران بستری دچار شکستگی به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردید، سپس ثبت یا عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز شامل محل آناتومیک، نوع، شکل، علت خارجی و جراحات همراه شکستگی در چک لیستی که روایی و پایایی آن مورد تأیید صاحب‌نظران قرار گرفته بود، جمع‌آوری گردید و نتایج به صورت جداول فراوانی ارائه گردید.

**یافته‌ها:** بیشترین میزان ثبت مربوط به محل یا موضع شکستگی (۹۱/۲۵ درصد) و کمترین میزان ثبت مربوط به شکل شکستگی (۷ درصد) بود. در هیچ پرونده‌ای همه‌ی موارد نوع، شکل، محل، علت و جراحات همراه شکستگی در شرح تشخیص نوشته نشده بود و فقط در ۱/۲۵ درصد از پرونده‌ها، ۴ مورد از موارد شکستگی به طور کامل در پرونده ثبت شده بود.

**نتیجه‌گیری:** ثبت ناقص تشخیص نهایی توسط پزشکان، یکی از مشکلات مهم مستندسازی است. پرونده نویسی یکی از مسؤولیت‌های مهم پزشک و کادر درمانی است، اما نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که این مسؤولیت جدی گرفته نشده است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای پزشکان و برقراری پشتوانه‌های اجرایی می‌تواند میزان رعایت اصول مستندسازی در پرونده‌های بیماران را ارتقا دهد.

**واژه‌های کلیدی:** مستندسازی؛ مدارک پزشکی؛ بیماران بستری؛ شکستگی استخوان.

**نوع مقاله:** تحقیقی

پدیرش مقاله: ۱۹/۳/۲۴

اصلاح نهایی: ۱۸/۱۲/۱۷

دریافت مقاله: ۱۸/۸/۱۲

**ارجاع:** زارع فضل‌الهی زهرا، خوش‌کلام اقدم معصومه، لطف‌نژاد افشار هادی، جبریلی محمد. میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری با تشخیص شکستگی بیمارستان مطهری ارومیه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۳): ۴۱۱-۴۰۵.

## مقدمه

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۶۴۰ می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه حمایت شده است.  
۱. مریمی، فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: zahrazare@umsu.ac.ir

۲. مریمی، فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

اطلاعات بیماران بستری از منابع بسیار مهم برای تحقیقات، آموزش پزشکی و فرایند درمان بیماران به شمار می‌رود. پرونده‌ی پزشکی بیمار به عنوان مدرکی معتبر در جریان دادرسی مورد اطمینان قرار می‌گیرد. سهل‌انگاری در مستندسازی مراقبت از بیمار، سیستم پژوهش، آموزش و قضاوت را با نقصان روبه‌رو می‌سازد. ثبت صحیح، کامل و به موقع اطلاعات می‌تواند نقش اساسی در تولید داده‌های مورد

است، تشخیص نهایی یکی از مهم‌ترین اطلاعاتی است که توسط پزشک مسؤول در پرونده‌ی بیماران ثبت می‌شود. مطابق با اصول تشخیص نویسی، یک تشخیص کامل شامل اطلاعاتی در مورد اتیولوژی بیماری و تظاهرات بالینی می‌باشد. در مورد تشخیص شکستگی، لازم است محل آناتومیکی درگیر، نوع شکستگی و شکل آن، سایر جراحات همراه و علت خارجی شکستگی در شرح تشخیص ثبت شود. در رابطه با موضوع پژوهش در سایر کشورها تحقیق مشابهی یافت نشد. اما در داخل کشور، مطالعه‌ای در اردبیل نشان می‌دهد که در ۵۲/۴ درصد پرونده‌ها، اصول تشخیص نویسی صحیح توسط پزشکان رعایت نشده است (۱). در کاشان میزان ثبت اطلاعات توسط کادر پزشکی ۱۷ درصد بوده است (۹). مطالعه‌ی دیگری در همین شهر نشان داد که کمترین میزان رعایت اصول تشخیص نویسی مربوط به ثبت شکل و باز و بسته بودن شکستگی در تشخیص شکستگی‌ها، به میزان ۷ درصد بوده است (۱۰). در تحقیق اسدی و میرزایی بیشترین میزان عدم ثبت ۵۵-۳۷ درصد گزارش شده است (۱۱). آریایی نیز در تحقیق خود بالاترین میزان عدم تکمیل فرم خلاصه‌ی پرونده توسط پزشکان را ۴۷ درصد گزارش نموده است (۱۲). در مطالعه‌ی Niiranen و همکاران، ۸ درصد اطلاعات ثبت نشده بود، ۳ درصد به طور ناقص و ۱ درصد به طور ناخوانا ثبت شده بود (۱۳). در مطالعه‌ی محرابی و همکاران ۳۱/۳ درصد از پرونده‌ها فاقد تشخیص نهایی گزارش شده است (۱۴). در مطالعه‌ای در شهر کرمان تشخیص نهایی در برگ پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص، ۶۲ درصد ثبت شده بود (۱۲). با توجه به اهمیت ثبت کامل اطلاعات، به ویژه تشخیص نهایی در پرونده‌های بیماران مصدوم از جمله شکستگی‌ها بر اساس اصول صحیح تشخیص نویسی در پرونده‌های بیماران بستری در کشور و نبود تحقیقات مشابه در این زمینه در ارومیه (با وجود برگزاری کارگاه‌های متعدد در ارتباط با موضوع تحقیق)، پژوهش حاضر جهت بررسی میزان رعایت اصول صحیح تشخیص نویسی در پرونده‌های بیماران به علت شکستگی در بیمارستان مطهری ارومیه در سال ۱۳۸۶ انجام

نیاز پژوهش‌های پزشکی و اجتماعی ایفا نماید (۱). عملکرد پزشک به عنوان سرپرست تیم پزشکی با ثبت دقیق و صحیح اطلاعات در پرونده‌ی پزشکی، نظام بهداشت و درمان را از مهم‌ترین و کارآمدترین ابزار تحقیق در پزشکی برخوردار می‌سازد (۲). در هر مرحله‌ی مراقبت بهداشتی-درمانی، پزشک مسؤول مراقبت از بیمار، باید تشخیص نهایی و شرایط اصلی و حالات بیماری را مشخص نماید. این اطلاعات با روش‌های ثبت استاندارد و قواعد خاصی سازماندهی می‌شود تا مدارک پزشکی صحیح و کامل فراهم گردد.

اطلاعات ثبت شده در مدارک پزشکی تأثیر قابل توجهی در کیفیت مراقبت بیماران، آگاهی از میزان رعایت استانداردهای حرفه‌ای پزشکی، فرآیندمراقبت، ارتباط میان پزشکان و دیگر متخصصان سهیم در مراقبت بیماران و همچنین برنامه‌ریزی و ارزیابی مراقبت‌های ارائه شده خواهد داشت (۳-۵).

پرونده‌ی بیمار در هنگام ترخیص، باید به طور کامل خدمات ارائه شده به بیمار را مستند کند و نشان دهد که این خدمات برای بیمار لازم و مناسب وضعیت وی بوده است، در صورتی که مستندات پرونده‌ی بیمار، اقدامات انجام شده برای وی را پشتیبانی نکند، سیستم‌های بیمه از بازپرداخت هزینه‌های مصرف شده خودداری می‌کنند (۶). در طول دهه‌ی اخیر بسیاری از مدیران و برنامه‌ریزان سطوح عالی بهداشتی-درمانی در هر کشوری درصدد یافتن عوامل مؤثر بر کیفیت درمان و تأثیر آن‌ها هستند و به ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی از طریق ارتقای کیفیت اطلاعات اهمیت فراوانی داده‌اند (۱).

لازم است به منظور حمایت تمامی جنبه‌های سیستم اطلاعاتی دستی و ماشینی، سیاست‌ها و روش‌ها بهبود یابند و مکتوب شوند، به علاوه این امر به تضمین کیفیت داده‌ها کمک خواهد کرد (۷). به همین منظور باید جلسات منظمی با کادر پزشکی در ارتباط با ثبت اطلاعات، اصلاح نواقص و تمرکز روی نقطه ضعف‌های حاصل از مطالعات کیفی مدارک پزشکی برگزار گردد (۸). ثبت تک تک اطلاعات در پرونده حایز اهمیت

گرفت و انتخاب تشخیص شکستگی به منظور محدود کردن جامعه‌ی پژوهش انجام شد.

### روش بررسی

این تحقیق به صورت توصیفی-مقطعی بود و بر روی پرونده‌ی بیماران بستری دچار شکستگی در سال ۱۳۸۶ بیمارستان شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام شد. به این منظور از بین کلیه‌ی پرونده‌های بیماران بستری در بخش ارتوپدی، ابتدا پرونده‌های دارای شکستگی استخوان مشخص گردید و سپس با استفاده از فرمول  $n = \frac{z^2 pq}{d^2}$ ، حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد به تعداد ۳۸۰ مورد محاسبه و در نهایت ۴۰۰ فقره پرونده‌ی بیماران بستری دچار شکستگی مطالعه گردید. به این منظور، ابتدا از روی کارت‌های ایندکس بیماری‌ها، شماره‌ی پرونده‌های شکستگی مشخص و سپس بر اساس شماره‌های موجود از بایگانی مدارک پزشکی، به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک تعداد ۴۰۰ پرونده خارج گردید و اطلاعات در چک لیست‌هایی که روایی و پایایی آن مورد تأیید صاحب‌نظران قرار گرفته بود، ثبت شد و نتایج با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردید.

### یافته‌ها

واژه‌ی شکستگی در شرح تشخیص در تمامی پرونده‌ها توسط

پزشکان ارتوپدی ثبت شده بود. اما مطابق اصول صحیح تشخیص نویسی در شکستگی‌ها، ثبت نوع، شکل، موضع، علت خارجی و جراحات همراه نیز در شرح تشخیص ضروری است. مطابق نتایج این پژوهش، میزان ثبت نوع شکستگی ۹/۷۵ درصد بوده است. در حالی که در ۹۰/۲۵ درصد موارد، نوع شکستگی ثبت نشده بود. میزان ثبت شکل، علت خارجی و جراحات همراه شکستگی‌ها در پرونده به ترتیب ۷ درصد، ۷/۷۵ درصد و ۱۵/۷۵ درصد بود. ضمن اینکه ۹۳ درصد شکل، ۹۲/۲۵ درصد علت خارجی و ۸۴/۲۵ درصد جراحات همراه شکستگی‌ها در پرونده‌ها ثبت نشده بود. ولی میزان ثبت موضع شکستگی در پرونده‌ها توسط پزشکان ۹۱/۲۵ درصد بود و فقط در ۸/۷۵ درصد موارد، محل شکستگی در پرونده ثبت نشده بود (جدول ۱).

میزان ثبت موارد تشخیص نهایی مربوط به شکستگی در پرونده‌های بیماران بستری در بخش ارتوپدی از وضعیت مطلوبی برخوردار نبود. فقط ثبت محل یا موضع شکستگی در پرونده‌ی بیماران ۶۸/۲۵ درصد را به خود اختصاص داد. ثبت ۴ مورد از موارد (نوع، شکل، موضع، علت خارجی و جراحات همراه شکستگی) ۱/۲۵ درصد، ثبت ۳ مورد در شرح تشخیص شکستگی ۸/۷۵ درصد و ثبت ۲ مورد از آن‌ها در تشخیص نهایی پرونده‌های شکستگی ۲۰ درصد بوده است. ضمن اینکه در ۱/۷۵ درصد از شرح تشخیص نهایی پرونده‌ها، هیچ کدام از موارد شکستگی توسط پزشکان ثبت نشده بود.

جدول ۱: میزان ثبت و عدم ثبت تشخیص نهایی شکستگی در پرونده‌ی بیماران بستری بیمارستان مطهری بر حسب موارد آن (نوع، شکل، محل، علت خارجی و جراحات همراه)

موارد شکستگی	تشخیص نهایی شکستگی		ثبت شده		ثبت نشده		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نوع شکستگی	۳۹	۹/۷۵	۳۶۱	۹۰/۲۵	۴۰۰		
شکل شکستگی	۲۸	۷	۳۷۲	۹۳	۴۰۰		
موضع شکستگی	۳۶۵	۹۱/۲۵	۳۵	۸/۷۵	۴۰۰		
علت خارجی	۳۱	۷/۷۵	۳۶۹	۹۲/۲۵	۴۰۰		
جراحات همراه شکستگی	۶۳	۱۵/۷۵	۳۳۷	۸۴/۲۵	۴۰۰		

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی میزان ثبت موارد تشخیص شکستگی در پرونده‌های بیماران بستری بیمارستان شهید مطهری

درصد	تعداد	ثبت موارد تشخیص شکستگی
۱/۲۵	۵	ثبت ۴ مورد (نوع، موضع، شکل، علت شکستگی و جراحات همراه)
۸/۷۵	۳۵	ثبت ۳ مورد (نوع، موضع، شکل، علت شکستگی و جراحات همراه)
۲۰	۸۰	ثبت ۲ مورد (نوع، موضع، شکل، علت شکستگی و جراحات همراه)
۶۸/۲۵	۲۷۳	ثبت ۱ مورد (نوع، موضع، شکل، علت شکستگی و جراحات همراه)*
۱/۷۵	۷	عدم ثبت (نوع، موضع، شکل، علت شکستگی و جراحات همراه)
۰	۰	ثبت تمام موارد (نوع، موضع، شکل، علت شکستگی و جراحات همراه)
۱۰۰	۴۰۰	مجموع

\* در تمامی پرونده‌ها یک مورد ثبت، مربوط به موضع شکستگی می‌باشد.

است (۱۰) که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد. با توجه به مقررات کدگذاری تشخیص‌های شکستگی، در صورتی که باز یا بسته بودن در شرح تشخیص ثبت نشده باشد، نوع شکستگی را بسته در نظر می‌گیریم و این امر می‌تواند باعث احتمال خطا در تهیه و تنظیم آمارهای مربوط و انجام تحقیقات با نتایج اشتباه گردد.

تحقیقات در اردبیل نشان داد که ۸/۵ درصد علل خارجی ثبت شده است و ۴۷/۶ درصد اصول صحیح تشخیص نویسی توسط پزشک معالج رعایت شده است (۱)، اما مطابق پژوهش حاضر در ۱/۲۵ درصد از پرونده‌ها، تشخیص شکستگی مربوط به حداکثر موارد (نوع، شکل، موضع و علت خارجی) توسط پزشک ثبت شده است و اکثر آن‌ها فقط به ثبت موضع شکستگی (۶۸/۲۵ درصد) در شرح تشخیص اکتفا نموده‌اند. همچنین ثبت علت خارجی شکستگی در پژوهش حاضر، ۷/۷۵ درصد بوده است که با تحقیق انجام گرفته در اردبیل هم‌سویی دارد (۱). در پژوهش کاشان میزان ثبت اطلاعات توسط کادر پزشکی ۱۷ درصد گزارش شده است (۹)، اما در پژوهش حاضر میزان ثبت بیشترین اطلاعات مربوط به تشخیص شکستگی، ۱/۲۵ درصد بوده است که تفاوت زیادی با هم دارند.

آریایی در تحقیقی میزان عدم تکمیل فرم خلاصه‌ی پرونده توسط پزشکان را ۴۷ درصد گزارش کرده است (۱۲). در مطالعه‌ی محرابی و همکاران ۳/۳۱ درصد از پرونده‌ها فاقد

همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، در هیچ یک از پرونده‌های مطالعه شده، تمام موارد شکستگی به طور کامل در شرح تشخیص نهایی توسط پزشکان ثبت نشده بود (جدول ۲). این امر بیانگر ثبت ناقص تشخیص نهایی شکستگی در پرونده‌های بیماران بستری در بخش ارتوپدی بیمارستان مطهری توسط پزشکان معالج است.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، بیشترین میزان ثبت تشخیص شکستگی استخوان، مربوط به موضع شکستگی (۶۸/۲۵ درصد) بوده است و در ۷ درصد از پرونده‌ها، نوع، شکل، محل، علت و جراحات همراه شکستگی ثبت نشده است. به این معنی که در شرح تشخیص، فقط به واژه‌ی شکستگی اشاره شده است.

## بحث

نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که کلیه‌ی پرونده‌های مورد مطالعه در این پژوهش، دارای تشخیص نهایی بودند، اگر چه تشخیص‌های مذکور به طور کامل بر اساس اصول تشخیص نویسی صحیح ثبت نگردیده‌اند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که نوع شکستگی در ۹/۷۵ درصد و شکل شکستگی در ۷ درصد پرونده‌ها ثبت شده است.

تحقیقی در کاشان نشان داد که کمترین ثبت مربوط به ثبت شکل و باز و بسته بودن شکستگی به میزان ۷ درصد بوده

شود و راهکارهای لازم برای از بین بردن این اشکال مورد مطالعه قرارگیرد.

#### پیشنهادهای

۱. احساس مسؤولیت و توجه بیشتر ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به ویژه پزشکان به ثبت کامل تشخیص نهایی در پرونده،
۲. ایجاد و تقویت دستورالعمل اجرایی واضح در رابطه با نحوه‌ی تکمیل پرونده‌ی پزشکی توسط پزشکان،
۳. ارزیابی اطلاعات ثبت شده توسط ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در پرونده‌ی بیماران به طور مستمر و دوره‌ای
۴. آموزش لازم برای رعایت اصول صحیح تشخیص نویسی و مستندسازی پرونده‌های بیماران توسط پزشکان از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی،
۵. پیگیری تکمیل پرونده‌ها و نواقص آن‌ها بر اساس قوانین و ضوابط اداری،
۶. ارزیابی تکمیل پرونده‌ها و استفاده از نتایج آن در ارتقای عملکرد پزشکان،
۷. انجام تحقیقات بیشتر به منظور پی بردن به علت کوتاهی پزشکان در ثبت کامل و کافی اطلاعات.

تشخیص نهایی گزارش شده است (۱۴) و در کرمان تشخیص نهایی در برگ پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص ۶۲ درصد ثبت شده است (۱۲). اما در پژوهش حاضر با وجود اینکه در تمامی پرونده‌ها تشخیص نهایی تحت عنوان واژه‌ی شکستگی ثبت گردیده است، در هیچ پرونده‌ای ثبت تمام موارد (موضع، نوع، علت، شکل و جراحات همراه) به طور کامل در شرح تشخیص نوشته نشده است. به گونه‌ای که پزشکان در ۱/۷۵ درصد از موارد فقط واژه‌ی شکستگی را در شرح تشخیص ثبت نمودند، بدون اینکه به هیچ کدام از موارد پیش‌گفت اشاره‌ای کرده باشند.

همچنین در ۱/۲۵ درصد پرونده‌ها، شکستگی به همراه شکل، نوع، موضع و علت شکستگی توسط پزشک معالج در شرح تشخیص ثبت شده است که نشان دهنده‌ی ثبت ناقص تشخیص نهایی پرونده‌های بیماران بستری به علت شکستگی توسط پزشکان در این مرکز می‌باشد.

#### نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر و مطالعات مربوط به ثبت مستندات نشان می‌دهد که متأسفانه پزشکان علاقه‌ای به ثبت کامل و دقیق معاینات، اقدامات و تشخیص‌ها نشان نمی‌دهند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگری علت این عدم علاقه بررسی

#### References

1. Mashoofi M, Amani F, Rostami KH, Mardi A. Survey on evaluation of information charting in hospitals of Ardebil university of Medical science in 2001. Journal of Ardebil university of Medical sciences 2004; 4(11): 43-9.
2. Acello B. Advanced Skills for Health Care Providers. London: Delmar Thomson Learning; 1999. p. 29-32.
3. Soule D. What is new in clinical data repositories? Journal of Ahima 2001; 72(10): 30-5.
4. Francis CM. Hospital Administration. 3<sup>rd</sup> ed. New delhi: Jaypee Brothers Publishers; 2000.
5. Tuttle-Yoder JA, Fraser-Nobbe SA. STAT: medical office emergency manual. New York: Delmar Publisher; 2001. p. 58.
6. Tavakoli N, Sagaian Nejad S, Rezayatmand M, Moshaveri F, Ghaderi I. Medical record documentation and denied payment of Khadamat Darmani insurance. Journal of health information management 2006; 3(2): 52-61.
7. Abdelhak M, Grostick S, Hanken MA, Jacobs E. Health information: management of a strategic resource. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p. 168.
8. Davis N, LaCour M. Introduction to health information technology. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
9. Rangraz jedi F, Farzandi Pour M, Musavi GH. Completion rate of data information in emergency record in Kashan's hospitals 2002. Feyz 2003; 7(3): 92-8.

10. Farzanddi Pour M, Asef Zadeh S. Surveying the principle of diagnosis recording in patient's medical record of Kashan hospitals in 2002. *Feyz* 2004; 8(3): 36-44.
11. Asadi F, Mirzaei M. Survey on information charting at emergency patients records. *Hospital* 1997; (6): 31-6.
12. Ariaei M. Survey on medical record at general and educational hospitals of Kerman Medical university at spring 1998. *Journal of Information Management* 2001; 4(10-11): 65-70.
13. Niiranen S, Lamminen H. Quality and reliability of patient record information impermanent at treatment follow up [Online]. 2002; Available from; URL: [www.iformation.org/2002/S/papers/](http://www.iformation.org/2002/S/papers/)
14. Mehrabi Y, Amiri M, Deraye S, Minavand B, Mohammad Hosseini T, Ghotbabadi F. Evaluation of information charting inpatients medical records in Iran hospitals 2001. *Proceedings of the 1st congress on Epidemiology*; 2001 Jan 3-5; Bushehr, Iran; 2001. p. 46.

Archive of SID

## The Rate of Adherence to Principles of Diagnosis Recording in Medical Records of Patients with Fractures Admitted to Urmia Motahari Hospital\*

*Zahra Zare Fazlollahi<sup>1</sup>, Masoomeh Khoshkalam Aghdam<sup>2</sup>, Hadi Lotfnezhad Afshar<sup>2</sup>, Mohammad Jabraili<sup>2</sup>*

### Abstract

**Introduction:** A patient's medical record is the most important source for medical research, education and law. The physician's role, as the head of the medical team, in registration of accurate information of diagnoses, orders and observations is of utmost importance. This research aimed to determine the rate of adherence to principles of diagnosis recording in medical records of patients with fractures hospitalized at Urmia Motahari Hospital.

**Methods:** This cross-sectional survey was conducted on the records of patients admitted to Urmia Motahari Hospital with a final diagnosis of fracture in 2007. A sample size of 400 records was selected randomly. A checklist was used to determine whether or not the necessary information was recorded. The checklist, the validity and reliability of which have been confirmed, included anatomic site, type, shape (closed or open), external cause and fracture-related injuries. The results were shown as frequency tables.

**Results:** Based on our results, the most recorded item was the site of fracture (97.25%) and the lowest was the shape of fracture (7%). None of records included all items. In addition, only 1.25% of the records contained 4 items.

**Conclusion:** Incomplete recording of final diagnosis in the patient's record is one of the main problems of documentation. Chart writing is one of the most important responsibilities of physicians and medical teams, which, according to our results, is not taken seriously. Chart writing can be improved by workshops. Establishment of rules for documentation can also increase the adherence to principles of documentation.

**Keywords:** Documentation; Medical Records; Inpatient; Fracture; Bone.

**Type of article:** Original article

*Received: 3 Nov, 2009*

*Accepted: 14 Jun, 2010*

**Citation:** Zare Fazlollahi Z, Khoshkalam Aghdam M, Lotfnezhad Afshar H, Jabraili M. **The Survey of the Rate of Complete and Adequate Diagnosis Writing at Inpatient's Records with Fracture, Urmia Motahari Hospital.** Health Information Management 2011; 8(3): 411.

\* This article resulted from research project No. 2640 funded by deputy for research, Urmia University of Medical Sciences.

1. Lecturer, Health Information Technology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author) Email: zahrazare@umsu.ac.ir

2. Lecturer, Health Information Technology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.