



مصادیق حقوقی در مستندسازی پرونده‌های پزشکی

تدوین شده در معاونت آموزشی بیمارستان توحید سنندج

پرونده پزشکی: یک دارایی حیاتی با ارزش‌های چندگانه

برای بیمار: تداوم درمان، پیگیری امور بیمه، بازنشستگی، و اثبات خسارت جانی.



برای پزشک: کسب آگاهی ضروری از سوابق بیماری و مبنای تصمیم‌گیری‌های درمانی.



برای بیمارستان: ابزار نظارت بر خدمات، ارزیابی توانایی‌های تخصصی، و آموزش دانشجویان.



برای قانون: مدرک اصلی در رسیدگی به شکایات، تصادفات، مسمومیت‌ها، و تخلفات احتمالی.



برای تحقیق و آمار: منبع داده برای پژوهش‌های پزشکی، تخصیص بودجه، و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی.





چارچوب قانونی: مسئولیت‌های کیفری و حقوقی ما

سوء استفاده از پرونده (ماده ۲۰ و ۲۵ قانون نظام پزشکی):

- هرگونه تغییر، تزویر، یا الحاق در اسناد رسمی پزشکی جرم محسوب می‌شود.
- مجازات: علاوه بر جبران خسارت، حبس از یک تا پنج سال.

اخذ رضایت بیمار (ماده ۵۹ و ۶۰ قانون مجازات اسلامی):

- هر عمل جراحی یا طبی نیازمند رضایت آگاهانه بیمار یا ولی قانونی اوست (جز در موارد فوری).
- اخذ براءت قبل از درمان، در صورت رعایت موازین فنی، رافع مسئولیت پزشک است.



اصل محرمانگی: یک تعهد حرفه‌ای و قانونی

تعهد رازداری: بایگانی پزشکی مسئول حفظ کلیه اسرار مربوط به بیماری افراد است. مشاهدات، ارزیابی‌ها و اقدامات درمانی فقط باید در اختیار تیم درمان قرار گیرد.

موارد مجاز افشای راز پزشکی:

- جلوگیری از خسارت به فرد یا جامعه
- شهادت در دادگاه به حکم قانون
- مسائل مربوط به ازدواج و صدور گواهی‌های حیاتی (تولد و مرگ)

هنر مستندسازی دقیق: اصول ثبت یک گزارش بی نقص

 **توصیفی باشد:** آنچه را مشاهده می‌کنید ثبت کنید، نه آنچه فکر می‌کنید.

 **صریح و دقیق باشد:** از کلی‌گویی پرهیز کنید.

- **مثال غلط:** «بیمار شب ناراحتی داشت.»

- **مثال صحیح:** «بیمار در طول شب ۱۰ بار به دلیل اسهال بیدار شد.»

 **بهنگام باشد:** اطلاعات را بلافاصله پس از ارائه مراقبت ثبت کنید، نه قبل از آن. حافظه قابل اعتماد نیست.

 **واضح و خوانا باشد:** گزارش‌ها باید با املاي صحیح، خوانا، و با ترتیب منطقی ثبت شوند.

 **کامل باشد:** تمام ارتباطات با سایر اعضای تیم درمانی باید ثبت شود.

 **دارای امضاء باشد:** هر ورودی باید دارای نام، نام خانوادگی، طبقه شغلی، تاریخ کامل و امضاء باشد.

مدیریت اشتباهات: چگونه از خطاهای رایج جلوگیری کنیم؟

فضای خالی

بین ورودی‌ها خط خالی نگذارید.
اگر فضای خالی باقی ماند، روی آن یک خط بکشید.

اختصارات

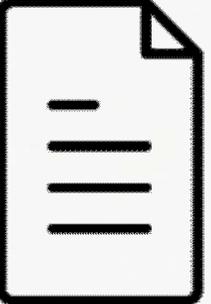
از اختراعات شخصی پرهیزید.
فقط از اختصارات استاندارد و تایید شده توسط بیمارستان استفاده کنید.

ثبت اشتباهات

✓ هرگز پاک نکنید! روی ورودی اشتباه یک خط بکشید (به طوری که خوانا خوانا بماند).

✓ کلمه «اشتباه» یا "Error" را کنار آن بنویسید و سپس اطلاعات صحیح را وارد کنید.

✗ ****استفاده از لاک غلطگیر مطلقاً ممنوع است.** این کار می‌تواند به عنوان تلاش برای پنهان‌کاری تلقی شود.

اگر ثبت نشده،  

یعنی انجام نشده است.

سیستم مدیریت اسناد: نقش واحد بایگانی مدارک پزشکی

محور اصلی: ارائه اطلاعات صحیح در سریع‌ترین زمان ممکن.



ساختار سازمانی بایگانی: متمرکز در برابر غیرمتمرکز



۱. متمرکز (Centralized)

تمام اسناد سازمان در یک محل نگهداری می‌شوند.

مزایا:

- هزینه کمتر، کنترل و حفاظت بیشتر، جلوگیری از تکرار.



۲. غیرمتمرکز (Decentralized)

هر واحد، بایگانی مستقل خود را دارد.

مزایا:

- دسترسی آسان و سرعت عمل بالا برای همان واحد.



۳. نیمه‌متمرکز (Semi-centralized)

ترکیبی از دو روش که واحدها ضمن استقلال، از یک رویه معین مرکزی پیروی می‌کنند.

سیستم‌های شماره‌گذاری و فایلینگ: چگونه پرونده‌ها را به سرعت پیدا می‌کنیم؟

سیستم‌های شماره‌گذاری

- **سریال (Serial):** هر بار مراجعه = یک شماره و پرونده جدید.
- **واحد (Unit):** یک شماره ثابت برای بیمار در تمام مراجعات (روش کارآمدتر).
- **سریال-واحد (Serial-Unit):** شماره جدید در هر مراجعه، اما سوابق قبلی به پرونده آخر منتقل می‌شود.

سیستم‌های فایل (بایگانی فیزیکی)

روش‌هایی مانند **Terminal Digit** و **Middle Digit** برای چیدمان بهینه پرونده‌ها بر اساس ارقام پایانی یا میانی شماره پرونده استفاده می‌شوند تا توزیع و بازیابی سریع‌تر انجام شود.

Terminal Digit

12-34-**56**
Primary

Middle Digit

12-**34**-56
Primary

تضمین کیفیت مستندات: فرآیند بررسی کمی و کیفی



بررسی کمی (Quantitative)

هدف: اطمینان از کامل بودن اوراق پرونده.

مثال: آیا گزارش عمل جراحی، برگه بیهوشی، و امضاء پزشک و پرستار وجود دارد؟



بررسی کیفی (Qualitative)

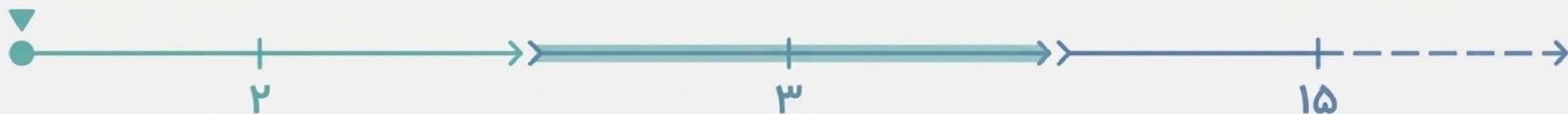
هدف: اطمینان از دقت و کفایت داده‌های ثبت شده برای توجیه تشخیص و درمان.

مثال: آیا سیر بیماری به درستی پیشرفت بیمار را نشان می‌دهد؟ آیا دلایل تصمیمات درمانی ذکر شده است؟ آیا از اختصارات استاندارد استفاده شده؟

توجه: بررسی کیفی نیازمند همکاری متقابل متخصصین مدارک پزشکی و کادر درمان است.

چرخه حیات پرونده: مدت زمان نگهداری قانونی اسناد

بر اساس آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:



پرونده بیماران بستری

۱۵



سال پس از آخرین مراجعه بیمار.

پرونده بیماران سرپایی اورژانس

۳



سال پس از آخرین مراجعه بیمار.

پرونده بیماران سرپایی درمانگاه

۲



سال پس از آخرین مراجعه بیمار.

ملاحظات ویژه: پرونده‌هایی که هرگز معدوم نمی‌شوند

نگهداری دائمی یا طولانهدمت برای موارد زیر الزامی است:

-  بیماران صغیر (تا رسیدن به سن بلوغ).
-  بیماران با معلولیت ذهنی و روانی.
-  جانبازان.
-  موارد دارای جنبه قانونی (تحت بررسی قضایی یا به درخواست وکیل).
-  بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص و سوختگی.

برای پرونده‌هایی که معدوم می‌شوند، خلاصه‌ای از اطلاعات اصلی (تشخیص، عمل جراحی، گزارش پاتولوژی) باید نگهداری شود.

جمع‌بندی نهایی: چهار اصل کلیدی

پرونده پزشکی یک سند حقوقی است.
با آن با بالاترین دقت و مسئولیت‌پذیری رفتار کنید.



مستندسازی دقیق، شفاف و بهنگام است.
اگر ثبت نشده، انگار انجام نشده است.



محرمانگی یک اصل خدشه‌ناپذیر است.
حفاظت از اطلاعات بیمار وظیفه همه ماست.



از سیستم‌ها و قوانین پیروی کنید.
رعایت اصول بایگانی ضامن یکپارچگی و امنیت سیستم است.

