

➤ کاهش خطاهای پزشکی:

ثبت دقیق اطلاعات مانند داروهای مصرفی، حساسیت‌ها و نتایج آزمایش‌ها می‌تواند از اشتباهات بالقوه جلوگیری کند.



➤ کاربرد قانونی:

در صورت بروز مشکلات حقوقی یا شکایات، مستندات بالینی می‌توانند به‌عنوان مدارک قانونی معتبر استفاده شوند.

۲. اصول اساسی در مستندسازی بالینی

برای اینکه مستندات بالینی مؤثر و استاندارد باشند، باید اصول زیر رعایت شود:

- **دقت و صحت:** تمام جزئیات، از جمله نام بیمار، تاریخ و ساعت ثبت، نتایج آزمایش‌ها، مشاهدات بالینی و مداخلات درمانی باید دقیق و بدون ابهام باشند.
- **زمان‌بندی مناسب:** اطلاعات باید بلافاصله پس از انجام هر مداخله یا مشاهده ثبت شوند. تأخیر در ثبت ممکن است باعث از دست رفتن جزئیات مهم شود.



- **وضوح و خوانایی:** متن باید خوانا و قابل فهم باشد. در مستندات کاغذی، خط خوانا و در مستندات الکترونیکی، استفاده از قالب‌های استاندارد ضروری است.
- **رعایت محرمانگی:** حفظ حریم خصوصی بیمار یکی از اصول اخلاقی مستندسازی است. اطلاعات حساس بیمار نباید بدون مجوز در اختیار افراد غیرمجاز قرار گیرد.

۳. اجزای کلیدی در مستندسازی بالینی

- مستندات بالینی شامل اطلاعات متنوعی است که دانشجویان باید با آن‌ها آشنا باشند:
- ✓ **شرح حال بیمار:** شامل علت مراجعه، علائم و سابقه پزشکی.
- ✓ **علائم حیاتی:** مانند دما، نبض، فشار خون و نرخ تنفس.

مستندسازی بالینی به معنای ثبت و ضبط اطلاعات مرتبط با بیمار، فرایندهای درمانی و نتایج بالینی است. این مهارت بخش مهمی از مراقبت‌های پزشکی است و تأثیر بسزایی در تصمیم‌گیری‌های درمانی، ارزیابی روند بهبودی بیمار و هماهنگی بین اعضای تیم درمانی دارد. مستندسازی صحیح، علاوه بر افزایش کارایی، خطر بروز خطاهای پزشکی را کاهش می‌دهد و در مواقع لزوم می‌تواند جنبه‌های قانونی و حقوقی مراقبت را پوشش دهد.

۱. اهمیت مستندسازی دقیق و مؤثر

مستندسازی دقیق به دلایل زیر اهمیت دارد:

➤ اطلاع‌رسانی به تیم درمانی:

اطلاعات ثبت شده می‌توانند توسط پزشکان، پرستاران و سایر اعضای تیم درمانی مورد استفاده قرار گیرند تا بهترین تصمیمات درمانی گرفته شود.

➤ پیگیری روند درمان:

مستندسازی مداوم امکان ارزیابی اثربخشی درمان را فراهم می‌کند و تغییرات لازم را تسهیل می‌نماید.



دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
مرکز آموزشی درمانی بیمارستان الزهراء (س)



اصول مستندسازی بالینی

تهیه شده در دفتر توسعه آموزش (EDO)

۴. اشتباهات رایج در مستندسازی و نحوه اجتناب از آنها

برخی از اشتباهات رایج در مستندسازی عبارتند از:

- **عدم ثبت اطلاعات مهم:** مانند حساسیت‌های بیمار یا نتایج حیاتی آزمایش‌ها.
- **استفاده از اصطلاحات غیررسمی یا اختصارات نامفهوم:** این موارد می‌توانند منجر به سوء تفاهم شوند.
- **تأخیر در ثبت اطلاعات:** که ممکن است منجر به از دست رفتن جزئیات حیاتی شود.

برای جلوگیری از این اشتباهات، دانشجویان باید در دوره‌های آموزشی عملی شرکت کرده و به‌طور مستمر مهارت‌های مستندسازی خود را تقویت کنند.



✓ **یافته‌های بالینی:** مشاهدات فیزیکی و نتایج آزمایش‌ها.



✓ **مداخلات درمانی:** تمام اقدامات انجام‌شده، از تجویز داروها گرفته تا انجام پروسیجرهای درمانی.



✓ **برنامه‌ریزی درمان:** برنامه‌های آتی برای مراقبت از بیمار، مانند زمان‌بندی آزمایش‌ها یا جلسات درمانی.

