

Progress note

DR Samira Sayyah

Daily progress note

یکی از مهمترین مدارک در گزارشهای پزشکی، یادداشتهای پیشرفت روزانه یاهمان می باشد که آخرین اطلاعات وسیربالینی بیمار را در هر روز نشان می دهد و ادامه ارزیابی تیم درمانی یا آموزشی بخش و طرح و برنامه آنها را خلاصه می کند.

خصوصیات يك گزارش خوب :

1- صحت و درستي :

اطلاعات باید صحیح باشند ، پزشک آنچه را که گمان می کند اتفاق افتاده و یا آنچه را که فرد دیگری شرح داده گزارش نمی کند ، تنها اطلاعاتی را که خود از طریق مشاهده یا معاینه بدست آورده ، یادداشت می کند هم چنین از بکار بردن کلماتی مانند بنظر میرسد یا ظاهراً و... خودداری میکند .

2-اختصار :

تبادل اطلاعات بطور خلاصه سبب سهولت فهم آن میشود . افراد ترجیح می دهند گزارشات مختصر و مفید را بجای گزارشات طولانی بخوانند . سعی کنید با حداقل زمان و کلام ، پیام خود را بطور کامل و گویا انتقال دهید.

3-مربوط بودن :

در ثبت وقایع ، تنها اطلاعات ضروری را نوشته و از کلمات اضافی و جزئیات بی ربط وقایع اجتناب ورزید.

4-جامع بودن :

گزارش خوب به همان اندازه که مختصر است، باید کامل نیز باشد. و کلیه موارد مربوط به بیمار باید ثبت گردد.

5-جاري و معاصر و پويا :

اطلاعات ثبت شده در پرونده , نبايد توام با تاخير باشد زيرا ممکنست از قلم بيفتد . يادداشت يك سري از موارد بايد بدون هيچ تاخيري باشد, مانند :داروها ، آمادگي براي عمل و کارهاي تشخيصي , پذيرش , انتقال , ترخيص و تغيير ناگهاني در وضعيت بيمار , اندازه گيري علائم حياتي و...

6-سازمان بندي :

ثبت اطلاعات به صورت سازمان بندي شده براحتي قابل درك است .منظور از سازمان دهی اینست که وقایع را به ترتیب زمان وقوع نوشت .

7-محرمانه و رازداري :

پزشک نبايد راجع به وضعيت بيمار با بيماران ديگر يا افرادي که عضو تيم مراقبت از بيمار نيستند , صحبت کند .فاش کردن راز بيمار بدون اجازه وي پيگرد قانوني دارد .اطلاعات ثبت شده در پرونده , بايد دور از دسترسي بيماران ديگر باشد .

نکاتی در مورد گزارش نویسی پزشکی

- 1- جهت ثبت گزارش پزشکی از برگه های استاندارد استفاده نمایید.
- 2- گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- 3- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.
- 4- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد 1 الي 24 استفاده نمایید.
- 5- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- 6- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتلاتور ، مانیتورینگ ، ضربان ساز و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- 7- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت نمایید.
- 8- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار را یادداشت کنید.
- 9- از ثبت اقدامات تشخیصی-درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

10- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.

11- مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

12- اقداماتی را که باید در شیفتهای بعدی انجام و یا پیگیری شوند را گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و)

13- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به مقام ارشد اطلاع دهید.

14- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و) ضروری است.

15- دستورات اجرا نشده پزشکان قبلی را با ذکر علت ثبت نمایید.

- 16- از تصحيح عبارات اشتباه در گزارش به وسيله لاک گرفتن يا سياه کردن آنها اجتناب کنید.
- 17- جهت تصحيح موارد اشتباه در گزارش شرايط زیر را بطور کامل رعايت کنید:
- بر روي مورد اشتباه خط بکشيد به نحوي که قابل خواندن باشد.
 - در قسمت بالا و يا جلوي مورد اشتباه کلمه «اشتباه» يا «Error» را نوشته و گزارش صحيح را بعد از کلمه «اشتباه» يا «Error» ادامه دهید.
- 18- در بين مطالب مندرج در گزارش جاي خالي وجود نداشته باشد.
- 19- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش ، اختصارات قابل قبول بين المللي را بکار ببريد.
- 20- آموزشهاي ارائه شده به بیمار را در گزارش ذکر نماييد.
- 21- در صورتي که بيماري شفاها " مسئولين درماني بیمارستان را تهديد به تعقيب موارد ي نمايد، دقيقاً" گزارش نماييد
- 22- دستورات روتين يا ثابت بايد واضح و روشن نوشته شده و به امضاي پزشك رسانده شود و هميشه در بخش نگه داري گردد.
- 23- در دستورات PRN بايد نام , دوز و راه مصرف دارو توسط پزشك قيد شود.
مثال : مسكن PRN غلط است..
- 24- دستورات پزشك مشاور بايد به صورت کتبی درپرونده وارد شود.
- 25- در انتهاي گزارش و اقدامات دارويي نام و سمت مربوطه به طور خوانا ثبت شود
- 26- گزارش را ممهور به مهر اسمي خود به همراه شماره نظام پزشکی نموده و امضاء نماييد

روشهای گزارش نویسی :

۱- سنتی یا بیمارستانی :

در این روش اطلاعات طبقه بندی شده است و پزشك , پرستار , آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاصی گزارش خود را می نویسند. در این صورت برگه های متعددی در پرونده بیمار دیده می شود .

2- گزارش نویسی SOAP: در این روش ثبت همه اعضای تیم مراقبت از يك مدرک برای ثبت استفاده می کنند.

S (subjective) مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار : شامل مشکلات , علائم و نشانه هایی است که بیمار زباناً بازگو می کند . در این نوع گزارش باید کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه اینکه مشاهده کننده حرفهای بیمار را تفسیر کند . در صورتیکه بیمار قادر به بیان نباشد ، این بخش از گزارشات خالی می ماند. درضمن گزارش همکاران پرستار در مورد مشکلات بیمار در ساعات کشیک در این قسمت ذکر می شود.

O (objective) مشاهدات عینی : این بخش شامل مشاهدات و اطلاعاتی است که دیده , شنیده و احساس می شود و با ابزارهای مختلفی بدست می آید در این روش به الگوهای ارتباطی بیمار نیز باید توجه شود .

A (Assessment) بررسی اطلاعات بدست آمده : شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و درك و نوشتن نتایج است . تمام افرادی که در تهیه گزارشات كمك می کنند باید نظر خود را در باره بررسی , صادقانه و در سطح درك و مهارت خود از وضعیت بیمار بنویسند . در واقع، قسمت اصلی هر گزارش روزانه محسوب می شود و براساس مشکلات و آزمایشات بیمار و به ترتیب اهمیت طرح ریزی می شود

P (Planning) برنامه ریزی: تصمیمات خود را در دو قالب تشخیصی و درمانی ذکر می کنید.

On Service Note

شامل شکایت اصلی , شرح حال و معاینه بالینی , آزمایشات و اقدامات انجام شده
problem list, تشخیص و ارزیابی از بیمار می باشد.

توجه داشته باشید هر بیماری که شما مسئولیت آنرا بر عهده می گیرید بیمار خودتان شما محسوب
می شود؛ مجدداً از بیمار شرح حال بگیرید و پرونده قبلی و فعلی بیمار را مورد بررسی مجدد قرار
دهید. وبه on و off Service note های قبلی بیمار اکتفا نکنید

Off Service Note

هدف این است که بیمارتان را به شکلي به گروه بعدي تحويل دهید که حداقل اختلال در ارایه مراقبت از بیمار به دلیل تغییر تیم مراقبت کننده پیش بیاید.

خلاصه اي از شرح حال، روند اقدامات تشخیصی و درمانی بیمار، مشاوره هاي انجام شده (کتبی یا شفاهی) نوشته شود.
همچنین در صورتی که نیاز به پی گیری آسیب شناسی یا رادیولوژی وجود داشته باشد جهت پیگیری قید شود.

همیشه توجه داشته باشید که ذکر اسم و تاریخ و مهر و امضا در پایان گزارش الزامی است.

منابع

- Patient Progress Note & Dictation Standard – HRSA<https://bphc.hrsa.gov/archive/.../patientprogressnoteprotocol.pdf>
- How To: Complete a Progress Note - TherapyNotes Help <https://support.therapynotes.com/.../118-how-to-complete-a-progress>
- Writing a Progress Note | Ochsner Medical Student ...ochsneromsa.org/current-students/advice.../writing-a-progress-note/
- مستندسازی پرونده پزشکی iph.iums.ac.ir/files/iph/files/2.pdf
- اصول پرونده نویسی - معاونت درمان
- اصول پرونده نویسی darman.nkums.ac.ir/Content/1212/
- اصول مستند نویسی و تشخیص نویسی صحیح در پرونده های ...
- research.mums.ac.ir/webdocument/load.action?webdocument_code=270

پاور-پوینتهای... پزشکی-قانونی <https://research.abzums.ac.ir/portal/file/?140406/> کارگاه گزارش نویسی

بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی نسبت به اصول پرونده نویسی در مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران در سال ۱۳۸۳

آزیتا بالاغفاری*(M.Sc.)

حسن صیامیان**(M.Sc.)

کبری علیگلبنیدی*(M.Sc.)

منیژه زکی زاده*** (M.Sc.)

مهدی کاهویی**** (M.Sc.)

جمشید یزدانی چراتی***** (M.Sc.)

سیده شهربانو رشیدا***** (B.S.)

چکیده

سابقه و هدف : در مدارک بالینی، تاریخچه، یافته های فیزیکی، کلیه اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار به درمان ثبت می شود و محتوای آن ها نمایانگر نحوه ارزیابی پزشک می باشد. اگر مدارک بالینی به طور دقیق، روشن و منظم تهیه شده باشد، بر تفکر بالینی منطقی دلالت دارد و فرایند تشخیص بیماری را تسهیل می نماید. این مدارک نقش مهمی در هماهنگی بین کارکنان حرفه ای که در مراقبت از بیمار سهم دارند، ایفا می کنند. با توجه به این که در مراکز آموزشی- درمانی، پزشکان و دانشجویان پزشکی بیش از سایر کارکنان بیمارستان در پرونده نویسی دخالت دارند، ضرورت بررسی میزان آگاهی، نگرش و نحوه عملکرد آن ها نسبت به رعایت اصول پرونده نویسی مطرح می گردد.

مواد و روش ها : پژوهش از نوع مطالعه توصیفی می باشد که طی آن میزان آگاهی، نگرش و عملکرد ۲۰۷ دانشجوی پزشکی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد بررسی قرار گرفت و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و استنباطی و جهت تعیین ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد از آزمون تاوکندال B استفاده شد.

یافته ها : اکثریت جامعه مورد بررسی (۷۷/۸ درصد) نسبت به اصول پرونده نویسی، آگاهی ضعیفی داشتند و اکثریت پاسخگویان (۵۴/۱ درصد) نسبت به کامل بودن پرونده پزشکی بیماران، اهمیت و جایگاه آن در عرصه درمان، آموزش و پژوهش نگرش خوبی داشتند. همچنین جامعه مورد مطالعه نسبت به اصول پرونده نویسی، عملکرد ضعیفی (۲۱/۸ درصد) داشتند.

استنتاج : نتایج حاکی از آن است که ناقص بودن پرونده های پزشکی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم