

اصول صحیح پرونده نویسی در پزشکی

دکتر افسانه حبیبی

MD-MSc medical education

تعریف پرونده پزشکی

مجموعه حقایقی مستند پیرامون وضعیت سلامتی بیمار شامل گزارشات مربوط به شرح حال ، معاینات بدنی ، بررسی ها و آزمایشات ، تشخیص ها ، طرح های درمانی و نتایج حاصل از اجرای طرحهای درمانی است. کلیه اوراق و مدارکی که به ضرورت خدمات پزشکی و پیراپزشکی داده شده به بیمار در یک مرکز پزشکی ، بیمارستان یا درمانگاه جمع آوری و به ترتیب تاریخ به نحو قابل دسترسی نگهداری می شود تا در مواقع لزوم به منظور معالجات بعدی بیمار ، آمار ، تحقیقات ، آموزش و بررسی خدمات داده شده از لحاظ کمی و کیفی مورد استفاده قرار گیرد.

مستند سازی شامل مراحل : ثبت داده ها - تایید و تصدیق - ثبت تاریخ
مستند سازی باید : واضح - به هنگام - کامل - خوانا - حفظ محرمانه بودن اطلاعات - حاوی روز، ماه، ساعت، سال ثبت باشد

برگه های موجود در پرونده پزشکی

اوراق لازم :

- برگ پذیرش و خلاصه ترخیص
- برگه گزارش آزمایشگاه

- برگه دستوربستری
- برگه گزارش پرستار

- برگ نمودار علائم حیاتی
- برگ کنترل علائم حیاتی
- برگ سیر بیماری *
- برگ دستورات پزشک

- برگ خلاصه پرونده *
- برگه شرح حال بیمار *

اوراق مخصوص پرونده :

- برگ درخواست مشاوره *

- برگ مراقبت قبل از عمل

- گزارش بیهوشی

- شرح بیهوشی

- مراقبت بعد از عمل

- برگه گزارش رادیولوژی. سونوگرافی . سی تی اسکن

- برگ الصاق الکتروکاردیوگرام

- برگ جذب و دفع مایعات

- - فرمهای متفرقه : فرم ارزیابی اولیه پرستاری - ارزیابی اولیه تغذیه - آموزش به بیمار - رضایتنامه

اهمیت اطلاعات در مراقبت درمانی

پرونده پزشکی بیمار از اوراق مختلفی جهت ثبت خدمات ارائه شده به بیمار ، مراقبت و درمان وی تشکیل می شود و این اوراق بایستی به طور صحیح ، دقیق و علمی توسط مستند سازان تکمیل گردد به طوری که اطلاعات با توضیحات کافی و دور از ابهام ، همراه با تاریخ و زمان ارائه خدمت به دقت ثبت گردد تا بتوانند جوابگوی اهداف مورد نیاز باشند.

کاربرد های پرونده پزشکی بیماران برای:

بیمار **تداوم مراقبت**

پزشک معالج **بهبود مدیریت مراقبت**

موسسه مراقبت بهداشتی **بهبود کیفیت مراقبت و پاسخگویی به نیازهای بهداشتی ، علمی و قانونی بیماران**

مراجع قضایی **بهبود امر قضاوت**

شرکت های بیمه **بهبود مدیریت بیمه**

دانشگاههای علوم پزشکی **برنامه ریزی و پاسخگویی به نیازهای بهداشتی ، علمی و قانونی**

وزارت بهداشت **تحقق هر چه بیشتر بهداشت در جامعه**

برگ شرح حال :

این برگه برای بیماران اورژانس در بخش اورژانس و برای بیماران الکتیو در بخش پس از بستری شدن توسط پزشک تکمیل می گردد.

- ابتدا تکمیل اطلاعات دموگرافیک بیمار در قسمت بالای برگه شامل: نام و نام خانوادگی ، سن ، جنس ، شغل ، محل سکونت ، شغل ، تاریخ پذیرش ، منبع اطلاعات و شرح حال و قابل اعتماد بودن

قبل گرفتن شرح حال باید مشخصات بیمار در بالای صفحه تکمیل گردد. سپس منبع اطلاعات و میزان قابل اعتماد بودن شرح حال ذکر شود.

در این برگ

Chief Complaints: اصلی ترین مشکلی که بیمار بخاطر آن به پزشک مراجعه کرده است که حتی الامکان باید جملات گفته شده توسط بیمار نوشته شود.

Present Illness : شکایت اصلی بیمار به تفصیل مورد بررسی قرار می گیرد که در آن موارد زیر درمورد مشکل بیمار پرسیده می شود.

زمان شروع - چگونگی شروع (ناگهانی یا تدریجی)، مشخصات شامل محل، انتشار و کیفیت (تیز یا مبهم) -
durnal variation تغییرات در طی شبانه روز، چه مواقعی مشکل وجود داشته است - remission
exacerbation با چه عواملی کم یا زیاد میشود؟ frequency در یک فاصله زمان مشخص هفته ای چندبار
یا هر ساعت چند بار؟ علائم همراه
اگر دو شکایت اصلی وجود داشته برای هر دو موارد بالا تکمیل می گردد.

Past medical History : از بیماریهای قبلی سوال می شود ابتدا بیماریهای مهم که مزمن باشند: بیماریها ی قلبی ریوی، فشار خون، دیابت، درمورد وجود سابقه ای از مشکل فعلی در گذشته باید سوال شود اگر بیمار کودک است موارد زیر باید بررسی شود: سابقه ناتال مثل نوع تولد، زمان تولد، مشکلات حین تولد و نوزادی، رشد و نمو، انجام کامل واکسیناسیون، تغذیه با شیر مادر و تغذیه کمکی

سابقه جراحی Surgical History و بستری قبلی: Admission History
سابقه جراحی؛ بستری در بیمارستان

سوابق داروئی Drug history ((DH:
سابقه مصرف داروها(داروهای مهم و یا داروهائی که بطور طولانی مدت استفاده می کند؟ و سابقه حساسیت داروئی

سابقه عاداتی: Habit History(HH) سابقه مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر

سابقه فامیلی: Familial History سابقه بیماری مهم در خانواده

سوابق شخصی و اجتماعی: Social & Personal History وضعیت ازدواج، شغل، عقاید مذهبی

Review of Systems(R.O.S)

علاوه بر مشکلات ذکر شده توسط بیمار برای پی بردن به سایر مشکلات در مورد تمامی دستگاهها از بیمار سوال می کنیم.

شامل : یافته های عمومی. یافته های مثبت از

پوست. سر. چشم. گوش. بینی و سینوسها. دهان و گلو. گردن. پستانها. دستگاه تنفس. دستگاه قلبی. دستگاه

گوارشی. دستگاه ادراری. دستگاه تناسلی. عروق محیطی. سیستم عضلانی-اسکلتی. سیستم

عصبی. خون. سیستم اندوکرین. سیستم روانی

Physical exam شامل :

با استفاده از وسایل لازم : گوشی ، فشار سنج ، افتالموسکوپ ، اتوسکوپ ، چراغ قوه ، چکش رفلکس ، دیاپازون ... و استفاده از مانورهای اساسی : مشاهده - لمس - دق - سمع به بررسی سیستمها می پردازیم .

بررسی عمومی - علایم حیاتی - پوست - سر - چشمها - گوشها - دهان و حلق - گردن - پشت بیمار - پستان و زیر بغل - سیستم عضلانی . اسکلتی - قدام قفسه سینه و ریه ها - سیستم قلبی ، عروقی - شکم - سیستم عروقی - معاینه نورولوژیک - سیستم روانی - دستگاه تناسلی مرد و زن - نتایج تستهای آزمایشگاهی ، رادیوگرافی ، نوار قلب و غیره

- problem list

- لیست تشخیص افتراقیها

- تشخیص اولیه

- مهر و امضاء کارآموز یا کارورز و مهر تأییدیه رزیدنت یا استاد

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education
 دانشگاه علوم پزشکی
 University of Medical Sciences

Medical Center: مرکز پزشکی آموزش درمانی

ورگه شرح حال و معاینه بدنی

شماره پرونده: Date No:

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Attending Physician:	پرستار معالج	Ward:	بهداشتی	Name:	نام	Family Name:	نام خانوادگی
Date of Admission:	تاریخ پذیرش	Room:	اتاق	Date of Birth:	تاریخ تولد	Father Name:	نام پدر
		Bed:	تخت				
Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:							
History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:							
Past Disease History: تاریخچه بیماری‌های قبلی:							
Current Drug Therapy & Other Addiction: داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادها:							
Allergy to: حساسیت به:							
Family History: سوابق خانوادگی:							
Physical & Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی های بالینی:							
Skin:	<input type="checkbox"/>	پوست:	<input type="checkbox"/>				
SKull:	<input type="checkbox"/>	جمجمه:	<input type="checkbox"/>				
Ear:	<input type="checkbox"/>	گوش:	<input type="checkbox"/>				
Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.							

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued):	معاینات بدنی و بررسی‌های اولیه بالینی (ادامه):
Eye: <input type="checkbox"/>	چشم: <input type="checkbox"/>
Nose: <input type="checkbox"/>	بینی: <input type="checkbox"/>
Mouth: <input type="checkbox"/>	دهان: <input type="checkbox"/>
Throat: <input type="checkbox"/>	گلو: <input type="checkbox"/>
Neck: <input type="checkbox"/>	گورت: <input type="checkbox"/>
Lymph Nodes: <input type="checkbox"/>	غده لنفاوی: <input type="checkbox"/>
Chest: <input type="checkbox"/>	قفسه سینه: <input type="checkbox"/>
Breast: <input type="checkbox"/>	پستان: <input type="checkbox"/>
Heart: <input type="checkbox"/>	قلب: <input type="checkbox"/>
Lung: <input type="checkbox"/>	ریه: <input type="checkbox"/>
Vessels: <input type="checkbox"/>	خرقود: <input type="checkbox"/>
Abdomen: <input type="checkbox"/>	شکم: <input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male): <input type="checkbox"/>	قدام تناسلی (مذکر): <input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female): <input type="checkbox"/>	قدام تناسلی (نویس): <input type="checkbox"/>
Rectum: <input type="checkbox"/>	مستقیم: <input type="checkbox"/>
Nervous System: <input type="checkbox"/>	اعصاب: <input type="checkbox"/>
Extremities: <input type="checkbox"/>	اندامها فوقانی، تحتانی: <input type="checkbox"/>
Bones-Joints-Muscles: <input type="checkbox"/>	استخوان، مفاصل، عضلات: <input type="checkbox"/>
<p>توضیح در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاه‌های فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت <input type="checkbox"/> مشخص گردد.</p> <p>NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with <input type="checkbox"/></p>	
SUMMARY: خلاصه:	
Primary DX: تشخیص اولیه:	
Signature of Examining Physician: امضاء پزشک معاینه کننده:	

برگه سیر بیماری یا progress note

پزشک هر روز در ویزیت‌های انجام شده به بررسی بیمار از نظر علائم بیماری (تشدید یا تخفیف آنها) ، اثر درمان بر روی بیمار ، شرایط بیمار در هر روز و ... پرداخته و بر اساس آن Plan درمانی خود را برنامه ریزی می کند . بطور بالقوه افراد زیادی از جمله بیماران ، پزشکان ، مدعیان حقوقی ، وکلا و ... از مطالب ثبت شده در این فرم استفاده می کنند بنابراین باید شفاف و صحیح تکمیل شود .

هدف اصلی ثبت سیر بیماری این است که وقتی پزشک مربوطه در دسترس نیست هر پزشک دیگری بتواند در جریان مدیریت بیمار قرار گیرد . دانشجویان پزشکی اغلب مهارت‌های استدلال بالینی خود را با نوشتن سیر بیماری صحیح توسعه می دهند .

در واقع در این ویزیت پزشک مجدداً بیمار را ارزیابی نموده و نتایج آنرا در برگه سیر بیماری ذکر می کند . برای تسهیل در تکمیل این برگه معمولاً از مدل SOAP استفاده میشود .

سیر بیماری طبق دستورالعملهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

هدف از تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستند سازی پاسخ بیمار به درمان، و باید به این فرمت ارائه شود:

۱- یادداشت های پذیرش بیمار

۲- یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان)

۳- یادداشت های نهایی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص) توصیه های زمان ترخیص شامل فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ یافته های پس از ترخیص و یافته های بعد از انجام اتوپسی .

۴- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است

۵- یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگیرنده ی اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری باشد، این یادداشت ها باید بر اساس تاریخ و همه روزه (در مورد بیماران با وضعیت اورژانسی بنا به شرایط بیمار) ، وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرایند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.

۶- یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.

۷- از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل " حال عمومی بیمار خوب است " ، خودداری شود.

۸- در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد .

۹- در آخرین یادداشت سیر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت ، بهبودی ، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمده و مهم ، . جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص، بیان شود.

۱۰- هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

۱۱- مهر و امضاء پزشک الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم سیر بیماری توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک مسئول نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

Progress note باید حداکثر یک صفحه باشد . لازم نیست جمله های بلند نوشته شود. ولی

جمله ها به گونه ای انتخاب شوند که قابل فهم باشند. روز، ساعت و امضای کارآموز یا کارورز و یا

دستیار در پایان ضروری است .

امضای پزشک در هر یادداشتی که بوسیله دانشجوی پزشکی نوشته شده ، لازم می باشد. به خاطر داشته باشیم که **progress note** مانند **observation** بیمار، قسمتی از آموزش کارآموز

یا کارورز است و باید بوسیله دستیار ، یا هیئت علمی مربوطه بازبینی شود.
هر سیر بیماری دارای :

On service note یا **Admission note**

مطلبی بسیار مختصر که در هنگام پذیرش بیمار و در برگه سیر شامل نکات مثبت شرح حال و معاینه فیزیکی و اقداماتی که تا کنون برای بیمار انجام شده است می باشد .

Off service note یا **Final note** یا **Discharge note**

وضعیت بیمار در موقع ترخیص ، فوت یا ارجاع و دستورات لازم و زمان پیگیری باید ذکر شود .

SOAP

S = subjective

O = objective

A = Assessment

شامل دو قسمت : **Clinical** و **Paraclinical**

P = plan

شامل دو قسمت : **Therapeutic** : **Paraclinical** :

مثال :

Admission note

اولین بستری خانم ۵۸ ساله که از درد چشم راست بمدت ۴ ماه شکایت دارد.

Fallow up

بیمار تحت عمل جراحی آب مروارید ولنز داخل چشمی راست در تاریخ..... قرار گرفت.

روز بعد عمل:

Subjective : بیمار از درد چشم راست شکایت دارد.

Objective : دید بیمار ۲۰/۱۰۰ و فشار داخل چشم راست ۳۰ میلیمتر جیوه است. چشم چپ طبیعی است.

Assessment : بیمار دچار افزایش فشار داخل چشم بعد از عمل می باشد.

: Plan

1- استفاده از قطره تیمولول ۰.۵٪ هر ۱۲ ساعت یک قطره داخل چشم راست

۲- پیگیری و معاینه روزانه

: Final note

بیمار با شرایط خوب مرخص شد و برنامه داروئی وی می باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزش درمانی

شماره پرونده: Case No:

ورگه سر بیماری

PROGRESS NOTES SHEET

Attending Physician:	پزشک معالج	Ward:	بند	Name:	نام	Family Name:	نام خانوادگی
Date of Admission:	تاریخ پذیرش	Room:	اتاق	Date of Birth:	تاریخ تولد	Father Name:	نام پدر
		Bed:	تخت				
اسم پزشک Signature of Physician	پیشرفت معالجات Treatment Progress						تاریخ Date

فرم خلاصه پرونده :

هدف از تشکیل فرم خلاصه پرونده :

- ۱- استفاده مناسب از اطلاعات قبلی در هنگام پذیرش مجدد در بیمارستان یا مراکز پزشکی است .
- ۲- برگ خلاصه پرونده ابزاری ارزنده جهت ادامه ی سیر درمانی بیمار می باشد.
- ۳- این برگ می تواند به کمیته های پزشکی در امر مطالعه ی پرونده بیمار کمک کند.
- ۴- این برگ مدرک مستندی است که در پاسخ به مراجع و موسسات مجاز نظیر شرکت های بیمه و مراجع قضایی ، می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

قسمت اول این برگ مانند سایر برگهای پرونده ابتدا مشخصات بیمار شامل :

شماره پرونده ، نام و نام خانوادگی ، نام پدر ، تاریخ تولد بیمارستان و بخش بستری ، نام پزشک معالج ، تاریخ پذیرش و تاریخ ترخیص (ذکر می شود .

سپس به ترتیب زیر سیر درمان بیمار شرح داده می شود :

۱- شکایت اصلی و تشخیص اولیه بیمار در هنگام پذیرش

۲- تشخیص نهایی بیمار

۳- توضیحاتی در مورد شرح حال ، علت مراجعه ، اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده برای بیمار ، نتایج آزمایش های پاراکلینیکی و سیر بیماری (که همگی نشان دهنده ی اقدامات انجام شده برای بیمار در هنگام بستری در بیمارستان است) این موارد در قسمت اصلی صفحه ثبت می شود ، بهتر است وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و توصیه های هنگام ترخیص در انتهای متن آورده شود.

۴- در پایان ، پزشک معالج با ذکر نام و امضاء خود در پایین این برگ ، اطلاعات ذکر شده را تایید می کند.

۵- این برگ در دو نسخه تهیه می شود ، یک برگ از آن در پرونده بیمار باقی می ماند و برگ دیگر به بیمار داده می شود ، بنابراین برگ خلاصه پرونده ی مخصوص بیمار ، نشان دهنده ی سیر درمانی بیمار در بیمارستان و توصیه های هنگام ترخیص برای وی است . در بیمارستان های آموزشی این برگ معمولاً توسط اینترن یا دستیار نوشته می شود.

نکات مهم :

۱- لازم است برگ خلاصه پرونده به طور کامل پر شده و همه عناصر اطلاعاتی موجود در آن تکمیل گردند .
گاهی نوشتن نام شهر ، نام بیمارستان و تاریخ بستری و ترخیص فراموش می شود ، این فراموشی ، مشکلاتی را برای پیگیری و درک سیر اقدامات انجام شده به وجود می آورد .

۲- لازم است تمامی مراحل سیر بیماری و دستورات داده شده در مورد پیگیری های بعدی ، در برگ خلاصه پرونده قید شود. در صورت نیاز به پیگیری های متعدد ، توصیه می شود هر کدام جداگانه بیان گردند.
۳- لازم است داروهای تجویز شده برای بیمار ، با ذکر دوز مورد نیاز و طول مدت استفاده از هر دارو ، به تفکیک ذکر شود.

۴- ضروری است دستیار و یا پزشک معالج برگ خلاصه پرونده را امضاء و مهر نمایند .

۵- در صورتی که بیمار در چند بخش مختلف بستری بوده است ، معمولاً یک خلاصه پرونده کفایت می کند به شرطی که توسط آخرین پزشک معالج و با توجه به اقدامات انجام شده توسط همه سرویس ها تکمیل گردد .
اگر این بستری در بیمارستان های مختلف بوده است باید هر مرکز برگ خلاصه پرونده مربوط به خود را به بیمار یا همراهان وی تحویل دهد.

۶- توصیه می شود (در کشورما) اهمیت خلاصه پرونده در هنگام تحویل به بیمار ، برای بیمار و همراهان وی تذکر داده شده و بر ضرورت حفظ و ارائه آن در مراجعات بعدی نیز تاکید گردد.

نمونه یک خلاصه پرونده :

مشخصات بیمار و تاریخ بستری و در برگه ذکر می گردد
بیمار خانم ۶۵ ساله ای است که با استفراغ خونی و ملنا از یک روز قبل از بستری و با تشخیص اولیه
upper GI Bleeding در بخش داخلی بستری شده است. مهمترین یافته شرح حال مصرف NSAID
(ایبوپروفن) در هفته قبل از بستری بدلیل درد مفاصل بوده است. در معاینه اولیه یافته های مهم
علائم حیاتی،

stable (Bp 110/70 , PR 95/min) و نیر ملتحمه , pale و تندر نس مختصر اپی گاستر داشته است

. در بررسی پاراکلینیک اولیه Hb:9 gr در صد با MCV برابر 90 ، با WBC, Plt نرمال بوده است. BUN حدود ۷۰ و Cr که ۱,۴۵ بوده است تستهای انعقادی شامل PT,PTT و تست های کبدی و آزمایش ادرار و نیز قند خون و الکترولیت ها نرمال بوده است .

CXR و سونوگرافی نرمال اما اندوسکوپی که در تاریخانجام شده DU فعال بدون خونریزی فعال و نیز گاستریت انتر را گزارش نموده اند. در مدت سه روز بستری غیر از لاواژ اولیه معده که حاوی مواد coffee ground بوده در بقیه موارد محتویات معده شفاف بوده و غیر از سرم تراپی ، انتی اسید و پانتوپرازول وریدی دو واحد PRBC دریافت نموده است. آخرین Hb بیمار ۱۱,۵ با Hct 35 گزارش شده است. بیمار پس از سه روز بستری و با توجه به شرایط خوب کلینیکی وعدم افت Hb و علائم حیاتی stable و با دستورات دارویی ذیل و با تشخیص نهایی خونریزی گوارشی با منشا زخم دئودنوم مرخص گردید و قرار شد پنج روز بعد با انجام CBC مجدد به مطب آقای دکتر مرجعه نماید

Pantoprazole 20 mg po bid

Al MgS 50cc po tid

ferrus sulfate 1tab po qd

Clinic No: شماره درمانگاهی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

یوگک خلاصه پرونده

UNIT SUMMARY SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:	Occupation: شغل:	Married status: وضعیت تاهل: Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد
			Sex: جنس: Male <input type="checkbox"/> مرد Female <input type="checkbox"/> زن
Address & Phone No.: آدرس و شماره تلفن:			
Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:			
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:			
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:			
Results of Paraclinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:			
Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):			
Patient's Condition on Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
Recommendations after Discharge: توصیه‌های پس از ترخیص:			
Attending Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک معالج:			

برگه درخواست مشاوره پزشکی :

این برگ در دو نسخه تکمیل می گردد یک نسخه در پرونده بیمار باقی و نسخه دیگر توسط منشی گروه به

پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است داده می شود. درخواست مشاوره توسط اتندینگ یا رزیدنتها صورت می گیرد و برگ آن توسط اینترن پر می شود

در این برگ علاوه بر مشخصات دموگرافیک بیمار و نام پزشک معالج و درخواست کننده مشاوره، نام پزشکی که از وی درخواست مشاوره شده است قید می گردد .

با توجه به اینکه مشاوره در هر روز توسط پزشک آنکال همان روز انجام می شود معمولاً در قسمت "درخواست

مشاوره با " نوشته می شود آنکال محترم ... و از قید نام پزشک خودداری می شود مگر اینکه حتماً قصد مشاوره با فرد خاصی در میان باشد که در این حالت ذکر نام فرد ضروری است.

در این برگ خلاصه ای از شرح حال بیمار و سیر بیماری ذکر می گردد و در پایان علت درخواست مشاوره باید ذکر شود و از ذکر جملات مبهم و کلی باید اجتناب گردد برای مثال در بیمار دچار کم خونی که مشاوره خون درخواست شده است نوشته شود لطفاً بیمار را از نظر علت آنمی و اقدامات لازم درمانی مشاوره فرمائید نه اینکه لطفاً بیمار را از نظر هماتولوژی ویزیت فرمائید

در قسمت گزارش کلینیکی و موضوع مشاوره باید نتایج شرح حال و معاینه و پاراکلینیک و سوال مشاوره کاملا مشخص باشد. طبق بند ۶ آئین نامه: در نوشتن برگه درخواست مشاوره علاوه بر مشخصات بیمار و شماره تخت، تشخیص اولیه، تاریخ، ساعت درخواست، نوع مشاوره آنی - فوری یا عادی و نیز مشخصات پزشک درخواست کننده (به نام) و سرویس یا بخش تخصصی و یا فوق تخصصی مورد مشاوره کاملا مشخص باشد. و لازم است در درخواست مشاوره ابتدا مختصری از شرح حال و معاینه و یافته های پاراکلینیک و نکات کلیدی مرتبط به مشکل مورد مشاوره ذکر شود. و در انتها سوال مورد مشاوره واضح و بدون ابهام مطرح گردد و از دعوت مشاوره بدون سوال واضح با عناوینی مانند (لطفا بیمار را ویزیت فرمائید) اکیدا خود داری گردد.

در قسمت پاسخ به مشاوره نیز باید یافته های شرح حال و معاینه و قضاوت بالینی در جهت پاسخ به سوال مورد مشاوره ثبت شود.

فرم درخواست مشاوره

CONSULTATION REQUEST SHEET

شماره پرونده: Case No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:	
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:	
		Bed:	تخت:					
Date of Request:	تاریخ درخواست:	Consultation Requested With:						درخواست مشاوره با:
Time:	ساعت درخواست:	Responsible Physician:						نام پزشک درخواست کننده:
Kind of Consultation:		توضیح مشاوره:						
Non emergency <input type="checkbox"/> غیر اورژانسی		Emergency <input type="checkbox"/> اورژانسی						
Primary Diagnosis:								تشخیص اولیه:
Subject of Consultation & Clinical Notes:								گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:
Consultant Physician's Observation & Notes:								مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (اعلامه نظریات تشخیصی و توصیهها):
Date:	تاریخ:	Consultant Physician Name & Signature:					نام پزشک مشاور و امضاء:	

<p>attending physician پزشک معالج دکتر</p>		<p>تاریخ تولد: ۱۳۳۰ date of birth</p>	<p>نام خانوادگی: احمدی family name</p>
<p>تاریخ پذیرش: ۸/۹/۸۷ date of admission</p>			<p>نام پدر: محمود Name father</p>
<p>تاریخ و ساعت درخواست: ساعت ۱۰ صبح 98/۱۲/۹</p>	<p>نوع مشاوره: اورژانس ۷ غیر اورژانس</p>	<p>درخواست مشاوره با: آنکال محترم جراحی</p>	<p>نام پزشک در خواست کننده: دکتر</p>
<p>تشخیص اولیه: سلولیت و آبسه</p>			
<p>گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره: با سلام و احترام. بیمار خانم ۵۷ ساله دیابتی که با شکایت درد و تورم ساق پای چپ که از ۴ روز پیش شروع شده است مراجعه و تحت درمان آنتی بیوتیکی با وانکومایسین، سفتازیدیم و کلیندامایسین از بدو پذیرش قرار گرفته است ولی تاکنون بهبودی حاصل نگردیده است با توجه به سونوگرافی بعمل آمده و تشکیل آبسه خواهشمند است بیمار را از نظر نیاز به تخلیه آبسه ویزیت و اقدامات و راهنمایی های لازم مبذول فرمائید.</p>			
		<p>امضاء</p>	<p>نام و نام خانوادگی</p>
<p>با تشکر</p>			
<p>مشاهدات و نظریات پزشک مشاوره (خلاصه نظریات ، تشخیص و توصیه ها):</p>			