



مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسمه تعالی  
جمهوری اسلامی ایران

شماره : ۱۱۰/۲۶۷  
تاریخ : ۱۴۰۱/۰۷/۱۴  
پوست : دارد

تولید، دانش بنیان و اشتغال آفرین  
مقام معظم رهبری

**جناب آقای دکتر فریدون نوحی**

**ریاست محترم مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی**

**جناب آقای دکتر علی اکبر ولایتی**

**ریاست محترم مرکز آموزشی و درمانی مسیح دانشوری**

**جناب آقای دکتر علی واشقانی فراهانی**

**ریاست محترم مرکز قلب تهران**

**جناب آقای دکتر حسین صمدی نیا**

**ریاست محترم بیمارستان بقیه الله (عج)**

**مدیر عامل محترم شرکت / مجموعه توسعه دهنده سامانه اطلاعات بیمارستانی**

**موضوع : ابلاغ پیاده سازی سرویس های الکترونیکی پایش برخط بیمارستان و ثبت شناسه تخت های بیمارستانی**

با سلام

احتراماً، با عنایت به اهمیت استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت مطابق با بند «الف» ماده «۷۴» قانون برنامه ششم توسعه کشور، به استحضار می‌رساند در راستای پایش برخط وضعیت پذیرش و ترخیص بیماران بستری و همچنین وضعیت اشغال تخت‌های بیمارستانی، پروژه پایش برخط بیمارستان (HIS LIVE) با اولویت بالا در دستور کار وزارت متبوع قرار گرفته است. در این خصوص اسناد راهنمای فنی پیاده سازی سرویس‌های تبادل اطلاعات الکترونیکی پایش برخط بیمارستان و ثبت شناسه تخت بیمارستانی جهت اجرا و پیاده سازی به پیوست ابلاغ می‌گردد. لازم بذکر است پیاده سازی دستورالعمل‌های مذکور در سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی لازم الاجرا بوده و در گواهینامه های مطابقت با استانداردهای پرونده الکترونیکی سلامت نیز قرار گرفته است. لذا ضمن تشکر از همه همکاران محترم در اجرا و پیگیری موضوع، یادآور می‌گردد، آخرین نسخ از مستندات ابلاغیه در تارنمای اداره تنظیم مقررات، استانداردها و صدور پروانه، بخش قوانین و مقررات، دستورالعمل‌ها، فناوری اطلاعات به نشانی ذیل قابل دسترس می‌باشد.

[https://regulatoryit.behdasht.gov.ir/IT\\_Instructions](https://regulatoryit.behdasht.gov.ir/IT_Instructions)

**امین بیگلر خانی**  
رئیس مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**رونوشت :**

جناب آقای دکتر سعید کریمی معاون محترم درمان

جناب آقای دکتر میرهاشم موسوی رئیس محترم سازمان تامین اجتماعی

جناب آقای دکتر امیر نوروزی رئیس محترم سازمان خدمات درمانی وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح

جناب آقای دکتر محمودرضا محقق دولت آبادی دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت و مدیرکل دفتر برنامه ریزی و سیاستگذاری بیمه های سلامت

مدیران محترم آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

معاونین محترم درمان دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

جناب آقای مهندس حسن هاشمی رئیس محترم سازمان نظام صنفی رایانه ای کشور

شهرک قدس، خیابان سیمای ایران، بین فلامک و زرافشان، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، طبقه پنجم

تلفن: ۰۲۱-۸۱۴۵۳۶۰۱ شماره: ۰۳۸۱۴۵۶۵۰۳ نشانی اینترنتی: [it.behdasht.gov.ir](http://it.behdasht.gov.ir) نشانی پست الکترونیکی: [it@behdasht.gov.ir](mailto:it@behdasht.gov.ir)

مهار تورم و رشد تولید  
(مقام معظم رهبری))

خانه ای که در آن کودک نباشد، برکت ندارد (رسول اکرم  
(ص))

معاونت درمان

## جناب آقای دکتر مظهري

### رئيس محترم مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات

موضوع: ابلاغ پرونده بخش اورژانس بیمارستان

با سلام و احترام

نظر به لزوم یکپارچگی فرم های پرونده پزشکی، به استحضار می رساند پرونده بخش اورژانس بیمارستان طی دو سال اخیر در دستور کار این مرکز قرار گرفته است که با مشارکت گروه های فنی تخصصی طراحی و نهایی شده، و شناسه کشوری به آن تخصیص یافته است. خواهشمند است دستور فرمایید فرم های پرونده مذکور و راهنمای تکمیل آن به شرکت های توسعه دهنده سیستم های اطلاعات بیمارستانی جهت پیاده سازی در قالب پرونده الکترونیک سلامت ابلاغ گردد.

همچنین خواهشمند است دستور فرمایید در خصوص فیلدهای فرم پذیرش، و فیلد "وضعیت هوشیاری و علایم حیاتی" در فرم شرح حال جهت ایجاد داشبورد مدیریت اورژانس بیمارستان تبادل صورت پذیرد.

دکتر حسن واعظی  
رئيس مرکز مدیریت بیمارستانی  
و تعالی خدمات بالینی



مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسمه تعالی  
طرح اولویت‌های پژوهشی

شماره : ۱۱۰/۷۱  
تاریخ : ۱۴۰۲/۰۳/۱۰  
پوست : دارد  
مهار تورم و رشد تولید  
(مقام معظم رهبری)

**جناب آقای دکتر فریدون نوحی**

**رئیس محترم مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی**

**جناب آقای دکتر علی اکبر ولایتی**

**رئیس محترم مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بیمارستان مسیح دانشوری**

**جناب آقای دکتر علی واشقانی فراهانی**

**رئیس محترم مرکز قلب تهران**

**جناب آقای دکتر حسین صمدی نیا**

**رئیس محترم بیمارستان بقیه الله (عج)**

**مدیر عامل محترم شرکت / مجموعه توسعه دهنده سامانه اطلاعات بیمارستانی**

**موضوع : ابلاغ فرم اطلاعاتی بخش اورژانس بیمارستان جهت پیاده سازی در سامانه های اطلاعاتی بیمارستانی**

با سلام

احتراما، پیرو ابلاغ معاونت محترم درمان به شماره ۴۰۰/۲۹۰۰ د مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۳ و اهمیت یکپارچگی فرم‌های الکترونیکی پرونده پزشکی، به پیوست سند راهنمای تکمیل پرونده بخش اورژانس بیمارستان و فرم مربوطه، جهت پیاده‌سازی و اجرا در سامانه های اطلاعات بیمارستانی و اعلام مراتب ابلاغ می گردد.

لازم به ذکر است تبادل اطلاعات فرم‌های مذکور با پرونده الکترونیک سلامت از طریق سرویس های ابلاغی وزارت متبوع به ویژه پایش بیمارستان برخط به شماره ۱۱۰/۲۶۷ مورخ ۱۴۰۱/۰۷/۱۴ لازم الاجرا می باشد.

**دکتر سید رضا مظهری**  
رئیس مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات

**رونوشت :**

- جناب آقای دکتر حسین فرشیدی معاون محترم بهداشت
- جناب آقای دکتر سعید کریمی معاون محترم درمان
- جناب آقای مهندس حسن هاشمی رئیس محترم سازمان نظام صنفی رایانه ای کشور
- جناب آقای دکتر محمد مهدی ناصحی مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت
- جناب آقای دکتر میرهاشم موسوی مدیرعامل محترم سازمان تامین اجتماعی
- جناب آقای دکتر مجید بهزادپور رئیس محترم بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران
- جناب آقای سید مرتضی بختیاری رئیس محترم بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره)
- جناب آقای دکتر محمودرضا محقق دولت آبادی دبیر محترم شورای عالی بیمه سلامت و مدیر کل دفتر برنامه ریزی و سیاستگذاری بیمه های سلامت
- مدیران محترم آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:

فرم پذیرش و خلاصه ترخیص بخش اورژانس بیمارستان

EMERGENCY DEPARTMENT ADMISSION FORM

سطح تریاژ: Level of Triage:

شماره پرونده بستری بخش اورژانس:

Emergency Record No:

Male <input type="checkbox"/> مذکر Female <input type="checkbox"/> مونث	جنس: Sex:	Father's Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Married <input type="checkbox"/> متاهل Single <input type="checkbox"/> مجرد	وضعیت تاهل: Marital status	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:	ID Code: کد ملی:
Occupation/Work Place: شغل/محل کار:		Patient's Phone Number: شماره تلفن بیمار:		
Patient's Address: آدرس بیمار:				
Admitting Physician: پزشک بستری کننده:		Name & Phone of Accompanied/ referred By: نام و شماره تلفن همراه/معرف بیمار:		
Insurance: نوع بیمه:		Admission Date: تاریخ پذیرش:		
Insurance Code: شماره بیمه:		Admission Time: ساعت پذیرش:		
Disease Code: کد بیماری:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:			
Disease Code: کد بیماری:	Final Diagnosis: تشخیص نهایی:			
Disease Code: کد بیماری:	External Cause: علت خارجی:			
Date & Time of decision making تعیین تکلیف بیمار سرویس درمانی تعیین شده: ..... تاریخ و ساعت تعیین تکلیف: .....				
Date & Time of Disposition/Discharge: تعیین نتیجه خروج انتقال به بخش <input type="checkbox"/> : ..... تاریخ و ساعت خروج: .....				
Death: <input type="checkbox"/> فوت	Discharge: <input type="checkbox"/> ترخیص	Transfer To Ward: .....		
<input type="checkbox"/> ترک بدون اطلاع Leave Without Notice	<input type="checkbox"/> ترک با مسئولیت شخصی Leave Against Medical Advice (AMA)	<input type="checkbox"/> اعزام به بیمارستان ..... Transfer to Other Hospital and Cause ..... علت اعزام:		
نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پرستار مسئول بخش: Nurse's Name & Signature/Stamp:		نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک معالج: Emergency Physician's Name & Signature/Stamp:		نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول پذیرش: Adm. Officer's Name & Signature/Stamp:

### اجازه استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی بیمار

اینجانب ..... رضایت خود/ بیمار خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی، توسط بیمارستان ..... اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت: ..... امضا و اثر انگشت بیمار/ همراه بیمار: .....

### رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی\*

اینجانب دکتر ..... پزشک معالج بیمار ..... توضیحات کافی را در خصوص ضرورت انجام اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی ..... که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری ..... انجام می شود و همچنین عوارض احتمالی استفاده از روش های توصیه شده و یا عواقب ترک درمان را، به آقای/خانم ..... گیرنده خدمت  ولی/نماینده قانونی گیرنده خدمت  ارائه داده ام.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: ..... مهر و امضاء پزشک معالج: .....

اینجانب ..... بیمار  ولی/نماینده قانونی بیمار  دارای کد ملی ..... تاریخ تولد .../.../..... این فرم را مطالعه نموده و با توضیحات ارائه شده توسط پزشک معالج از ضرورت انجام، عوارض و یا عواقب احتمالی پذیرش و یا عدم پذیرش اقدام تشخیصی/درمانی/جراحی آگاهی پیدا کردم و آزادانه و آگاهانه: رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه: ..... امضاء و اثر انگشت: .....

علی رغم توضیحات کادر درمان مبنی بر ایجاد هر گونه عارضه ترک درمان، با قبول مسئولیت شخصی انصراف خود را جهت اقدام مذکور اعلام می دارم.

تاریخ و ساعت انصراف از دریافت خدمت مورد نظر: ..... امضاء و اثر انگشت: .....

### \*در موارد اقدامات اورژانسی و شرایط تهدیدکننده حیات، نیازی به تکمیل جدول فوق نمی باشد.

### فرم ترک با مسئولیت شخصی (امتناع از دریافت مراقبت پزشکی توصیه شده)

اینجانب ..... با میل شخصی خود برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول، بیمارستان ..... را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از تیم پزشکی و پرستاری و مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود، نمی دانم.

تاریخ و ساعت: .....

نام بیمار/ ولی/نماینده قانونی بیمار: ..... امضاء و اثر انگشت: .....

نام شاهد( ..... امضاء و اثر انگشت: .....

نام، مهر و امضای سوپروایزر کشیک اورژانس/بیمارستان: Supervisor's Name/Signature/Stamp:	نام، مهر و امضای پرستار: Nurse's Name/Signature/Stamp :	نام، مهر و امضاء پزشک معالج: Emergency Physician's Name/Signature/Stamp
--	--	--











## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان:

فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس  
Emergency Department Discharge Summary Form

Patient ID Code: کد شناسه بیمار:

Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Attending Physician: پزشک معالج:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:	Chief Complaint: شکایت اصلی بیمار:	
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:			
Results of Para-clinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:			
Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری:			
Patient's Condition on Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
Recommendations after Discharge (Diet and Drug): توصیه‌ها و دستورات دارویی و غذایی پس از ترخیص:			
Attending Physician's Name/Signature/Stamp: نام و نام خانوادگی، مهر و امضای پزشک معالج:			
Date & Time: تاریخ و ساعت:			
موارد آموزش مراقبت های پرستاری			
مراجعه بعدی شما جهت پیگیری درمان به واحد/بخش/درمانگاه ..... در تاریخ ..... می باشد.			پیگیری پس از توخیص
پیگیری دریافت جواب آزمایش/پاتولوژی و گزارش پاراکلینیک از واحد مربوطه انجام گیرد.			
در صورت مشاهده هرگونه علائم و نشانه های هشدار مانند ..... سریعا به اورژانس مراجعه نمایید.			
مهر و امضا پرستار آموزش دهنده:		امضا و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار:	
تاریخ و ساعت:		تاریخ و ساعت:	



# راهنمای تکمیل پرونده بستری بخش اورژانس بیمارستان

اداره اورژانس بیمارستانی

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

بهار ۱۴۰۲

## تهیه و تنظیم (به ترتیب الفبا)

دکتر حسن واعظی: رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان وزارت بهداشت  
دکتر امیرصادق علیمردانی: معاون فنی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
دکتر مرجان قطبی: معاون اجرایی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
دکتر فرزاد رحمانی: رئیس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
فرناز مستوفیان: کارشناس مسئول ایمنی بیمار و کنترل عفونت بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
دکتر لیلا حسینی قوام آباد: رئیس اداره آمار و فناوری اطلاعات سلامت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
دکتر اکرم واحدی: کارشناس اداره آمار و فناوری اطلاعات سلامت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
دکتر مریم رسولی: مدیرکل دفتر ارتقا سلامت و خدمات پرستاری معاونت پرستاری  
سمیه هداوند میرزایی: رئیس گروه تحقیق و توسعه خدمات پرستاری معاونت پرستاری  
دکتر زهرا اسماعیلی شاهرودی: اداره کل کمیسیون های پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور  
مهدیه السادات احمدزاده: کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
پروانه محمودی: کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی  
سمیرا شصتی: کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

## با همکاری

دکتر محبوبه میرزایی: دکترای مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر سیمین درایه: دکترای مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
نرگس پاک: کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی ایران  
مسعود جوادی: کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت-دانشگاه علوم پزشکی ایران  
و اعضای منتخب کارگروه ارتقا خدمات اورژانس بیمارستانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور

## تحت نظارت

دکتر سعید کریمی - معاون درمان وزارت

## مقدمه:

مطابق دستورالعمل تریاژ کشوری سطح بندی بیماران برای تمامی مراجعین اورژانس بر اساس الگوی استاندارد ESI نسخه چهار انجام می گردد و فرم تریاژ تکمیل می شود.

صفحه اول فرم تریاژ برای تمامی مراجعین به بخش اورژانس می بایست تکمیل گردد. ولی صفحه دوم (پشت) فرم تریاژ صرفاً برای بیماران سرپایی طراحی شده است لذا در صورت تشکیل پرونده بستری بخش اورژانس نیاز به تکمیل و نگارش صفحه دوم فرم تریاژ از جمله شرح حال، دستورات پزشک و گزارش پرستاری، تشخیص و وضعیت نهایی بیمار و ... وجود ندارد و در واقع، تریاژ بیماران واجد تشکیل پرونده اورژانس صرفاً در صفحه اول فرم تریاژ ثبت شده و سایر موارد و اقدامات پس از تشکیل پرونده اورژانس ثبت می گردد.

پشت فرم تریاژ به عنوان حداقل مستندات بیمار در بخش اورژانس می باشد ولی در موارد غیر الزام به تشکیل پرونده مانند بیماران سطح ۴ بدون پروسیجر و بیماران سطح ۵ تریاژ، صفحه دوم فرم تریاژ تکمیل می گردد. همچنین در صورتی که بیمار واجد تشکیل پرونده بستری بخش اورژانس بوده و تمایل به تشکیل پرونده و ادامه درمان در آن مرکز درمانی را ندارد، نکات مورد نظر برای تکمیل فرایند گردش کار از جمله ترک با مسئولیت شخصی در این قسمت ثبت می گردد و این فرم برای موارد قانونی احتمالی بعدی بایستی نگهداری گردد.

بعد از انجام فرایند تریاژ، بایستی بیمار به واحد پذیرش جهت تشکیل پرونده اورژانس (بستری یا سرپایی) مطابق با سطح تریاژ مراجعه نماید تا به واحد مرتبط در بخش اورژانس ارجاع گردد. پرونده بستری بخش اورژانس بیمارستانی برای بیماران سطوح ۱، ۲، ۳ و ۴ نیازمند پروسیجر تشکیل می گردد که دارای ۷ صفحه به شرح ذیل می باشد:

- ✓ فرم پذیرش بخش اورژانس بیمارستان
- ✓ فرم رضایت نامه
- ✓ فرم شرح حال و معاینه فیزیکی بخش اورژانس
- ✓ فرم دستورات پزشک بخش اورژانس
- ✓ فرم گزارش پرستاری بخش اورژانس
- ✓ فرم درخواست مشاوره بخش اورژانس
- ✓ فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس

بر اساس وخامت و شرایط خاص هر بیمار و نیاز به اقدامات تشخیصی و درمانی ویژه، ممکن است فرم های مجزایی به پرونده بیمار مورد نظر ضمیمه گردد.

لازم به ذکر است درج شماره پرونده بستری بخش اورژانس، نام و نام خانوادگی بیمار، نام پزشک معالج و تاریخ پذیرش بیمار در تمام صفحات اول پرونده بستری اورژانس ضروری است.

## فرم پذیرش بخش اورژانس بیمارستان:

۱. شماره پرونده بستری بخش اورژانس در باکس (سمت راست بالا) و سطح تریاژ بیمار در باکس (سمت چپ بالا) ثبت گردد.
۲. در ابتدای فرم پذیرش، اطلاعات دموگرافیک بیمار و نام پزشک بستری کننده توسط مسئول پذیرش تکمیل گردد.
۳. در قسمت دوم تاریخ و ساعت پذیرش بیمار، نحوه ورود بیمار به اورژانس، نوع و شماره بیمه تکمیل گردد. نحوه ورود یا مراجعه بیمار به اورژانس شامل: آمبولانس ۱۱۵، آمبولانس خصوصی، مراجعه شخصی، پلیس و سایر موارد مثلا اعزام و ارجاع از سایر مراکز می‌باشد. همچنین ارجاع از سطوح نظام ارجاع نیز در این قسمت باید مشخص گردد.
۴. در قسمت بعد تشخیص اولیه، تشخیص نهایی و یا گروه تشخیصی مرتبط، علت خارجی ثبت می‌گردد.
۵. منظور از تشخیص اولیه، تشخیصی است که بر اساس علائم بیمار هنگام مراجعه به اورژانس و در جریان اولین ارزیابی پزشک ثبت می‌شود. منظور از تشخیص نهایی همان تشخیصی است که در لحظه تعیین تکلیف بیمار با آن تشخیص، بستری یا مرخص می‌شود. منظور از علت خارجی، همان علت آسیب می‌باشد که بر اساس کدهای مندرج در بخش External cause of morbidity and mortality (V01-Y98)/ CHAPTER XX International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision ICD-10 از کتاب International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision ICD-10 تکمیل می‌گردد. این قسمت می‌بایست توسط پزشک اورژانس تکمیل گردد.
۶. منظور از کد بیماری (Disease Code)، کد تشخیصی بر اساس ICD می‌باشد که در زمان ترخیص توسط کدگذار در واحد مدیریت اطلاعات سلامت تکمیل می‌گردد.
۷. در قسمت بعد، وضعیت نهایی بیمار پس از تعیین تکلیف و خروج وی از اورژانس مشخص می‌گردد که شامل انتقال به بخش، انتقال به بیمارستان دیگر، ترخیص، ترک با مسئولیت شخصی، ترک بدون اطلاع (پس از معاینه و صدور دستورات پزشکی)، فوت و همچنین اعلام تاریخ و ساعت تعیین تکلیف بیمار و ساعت خروج بیمار می‌باشد. لازم به ذکر است در صورت انتقال بیمار به بخش، نام بخش مربوطه در سرویس تخصصی نهایی و یا در صورت اعزام، نام بیمارستان پذیرش دهنده بیمار و علت اعزام، می‌بایست توسط پرستار مسئول بیمار نوشته شود.
۸. منظور از نام سرویس تخصصی در قسمت تعیین تکلیف، سرویس تخصصی است که دستور کتبی بستری در آن سرویس توسط مدیر تخت یا پزشک سرویس تخصصی مربوطه در برگ دستورات پزشکی ثبت شده است. منظور از تاریخ و ساعت تعیین تکلیف مطابق دستورالعمل جامع اورژانس بیمارستانی زمانی است که بیمار مشمول هر یک از مصادیق تعیین تکلیف می‌گردد از جمله دستور بستری، فوت، اعزام و ترخیص و ... دستور انتقال به سرویس مشمول مصادیق تعیین تکلیف نیست.
۹. در قسمت سرویس درمانی تعیین شده ممکن است بیمار در یک سرویس مشخص تعیین تکلیف شده باشد ولی به دلیل نبود تخت خالی در بخش دیگر بستری گردد.
۱۰. در پایین صفحه نام و نام خانوادگی، مهر و امضای مسئول پذیرش، پزشک اورژانس (پزشک معالج) و پرستار مسئول بیمار در بخش اورژانس ثبت گردد. محل امضای پزشک اورژانس در صورت وجود متخصص طب اورژانس، توسط ایشان و در صورتی که بخش اورژانس فاقد متخصص بوده و توسط پزشک عمومی اداره می‌گردد توسط وی، مهر و امضا می‌گردد.

## فرم رضایت نامه:

۱. در پشت فرم پذیرش بیمار، اجازه استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی بیمار، توسط مسئول پذیرش از بیمار اخذ می گردد.
۲. در ادامه فرم رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/ درمانی/ جراحی و عدم رضایت به اقدامات تشخیصی/ درمانی/ جراحی پیشنهادی و ترک با مسئولیت شخصی طراحی شده است. با تکمیل این صفحه نیازی به تکمیل قسمت های مرتبط در پشت فرم تریاژ و یا در برگه جداگانه نیست، تکمیل این قسمت برای همه بیماران بستری در بخش اورژانس، بدون در نظر گرفتن مدت زمان اقامت آنان، کفایت می کند.
- تبصره: همانگونه که قبلاً گفته شد تنها در صورتی که بیمار واجد تشکیل پرونده بستری بخش اورژانس بوده و تمایل به تشکیل پرونده و ادامه درمان در آن مرکز درمانی را ندارد قسمت پشت فرم تریاژ از جمله ترک با مسئولیت شخصی تکمیل می گردد که در این صورت این فرم بایستی جهت پاسخگویی های احتمالی بعدی در محل مناسب نگهداری گردد.
۳. رضایت آگاهانه جهت انجام اقدامات تشخیصی/ درمانی/ جراحی و یا درک درمان و همچنین فرم ترک با مسئولیت شخصی حتماً می بایست توسط پزشک معالج بیمار اخذ گردد و در نهایت توسط پزشک معالج، پرستار مسئول شیفت و سوپروایزر کشیک بخش اورژانس/ بیمارستان تأیید، مهر و امضا گردد.
۴. فرم رضایت نامه تنها در صورتی از بیمار یا ولی بیمار اخذ می گردد که ایشان صلاحیت تصمیم گیری را مطابق قوانین داشته باشند. لازم به ذکر است در موارد اقدامات اورژانسی و شرایط تهدیدکننده حیات، نیازی به تکمیل این فرم نمی باشد.

## فرم شرح حال و معاینه فیزیکی بخش اورژانس:

۱. در فرم شرح حال، در هنگام ویزیت اولیه بیمار توسط پزشک، تاریخ و ساعت اولین ویزیت پزشک به صورت دقیق ثبت گردد. نام گوینده شرح حال (بیمار یا همراه بیمار)، علت مراجعه یا شکایت اصلی بیمار (در بیماران هوشیار توسط بیمار بیان می شود)، زمان شروع علائم بیماری، سابقه پزشکی، دارویی، حساسیت دارویی و غذایی و شرح حال بیمار ثبت گردد.
۲. پزشک وضعیت هوشیاری بیمار را تعیین و ثبت می کند. علائم حیاتی بیمار شامل فشارخون (سیستول و دیاستول)، تنفس، دمای بدن، تعداد ضربان بیمار، درصد اشباع اکسیژن خون، شدت درد، معیار شدت تروما (GAP) و مقیاس کمای گلاسکو (GCS) بر اساس نیاز و شرایط بالینی بیمار، توسط پزشک اخذ شده و ثبت گردد. لازم به ذکر است کنترل قند خون برای بیماران دیابتی و بیماران با اختلال سطح هوشیاری و یا براساس شک بالینی پزشک در قسمت شرح حال تکمیل می گردد.
۳. شدت درد نیز بر اساس معیار (NRS) Numerical Rating Scale بین ۱-۱۰ ثبت می گردد. امتیاز ۱ نشان دهنده درد بسیار خفیف و امتیاز ۱۰ نشان دهنده درد بسیار شدید می باشد.
۴. معیار شدت تروما برای بیماران ترومایی و حوادث ترافیکی بر اساس جدول امتیازات و سطح بندی بیماران در معیار GAP و با استفاده از جمع امتیازات بر اساس سن، مقیاس کمای گلاسکو و فشار خون سیستولی تکمیل گردد.
۵. مقیاس کمای گلاسکو بر اساس جمع مقادیر و امتیازات سیستم حرکتی، حرکت چشمها و پاسخ کلامی محاسبه می گردد که لازم است امتیازات هر قسمت به صورت جداگانه نیز ثبت گردد.

۶. در قسمت بعد معاینه فیزیکی بیمار توسط پزشک اورژانس ثبت گردد و سپس بر اساس شرح حال و معاینه انجام شده تشخیص های افتراقی و همچنین تشخیص اولیه (اولویت تشخیصی) بیمار در قسمت مربوطه ثبت شده و مهر و امضای پزشک اورژانس درج گردد.
۷. در قسمت پایین برگه شرح حال، سیر بیماری و نتایج مهم پاراکلینیکی برای همه بیماران بستری در سطوح مختلف تریاژ و در طول اقامت بیمار (با هر مدت زمان اقامت) بر حسب نیاز توسط پزشک اورژانس تکمیل شده و همچنین تشخیص حین ارزیابی و تشخیص های افتراقی توسط پزشک تکمیل و در انتها مهر و امضا گردد.
- تبصره: لازم به ذکر است تغییر سطح تریاژ بیمار در طول فرایند درمان در قسمت سیر بیماری هم می بایست نوشته شود.
۸. در بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ یا بیماران با بیش از ۶ ساعت ماندگاری در اورژانس، در صورت کمبود فضا می توان از فرم استاندارد سیر بیماری بیمارستان نیز استفاده نمود.
۹. پیشنهاد می گردد شرح حال بیمار با فرمت SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) جهت مستند نمودن توضیحات بیمار، نتایج معاینات فیزیکی، ارزیابی پزشک معالج، تشخیص / تشخیص افتراقی و طرح درمان لحاظ شود.

### فرم دستورات پزشک بخش اورژانس:

۱. در پشت فرم شرح حال و معاینه فیزیکی بخش اورژانس، دستورات پزشک معالج با ذکر تاریخ و ساعت، توسط ایشان ثبت و مهر و امضا گردد و سپس پرستار مربوطه پس از علامت گذاری و چک دستورات پزشک، با قید تاریخ و ساعت، امضا و مهر می نماید.
۲. لازم به ذکر است دستوراتی که توسط پزشک مشاور در برگه مشاوره توصیه می شود، در صورت تأیید پزشک معالج و مشخص کردن موارد قابل اجرا و غیر قابل اجرا در این قسمت، قابل پیگیری و اجرا می باشد. (دستورات پزشک مشاور می بایست جهت اجرا، توسط پزشک معالج در قسمت دستورات پزشک بازنویسی شود). در اورژانس های شلوغ و نبود زمان کافی جهت بازنویسی، با مصوبه کمیته ارتقا خدمات اورژانس بیمارستان، پزشک اورژانس می تواند دستورات پزشک سرویس تخصصی را در پایین فرم مشاوره تأیید و مهر نماید.
- تبصره: در صورت پر شدن برگه دستورات پزشکی و نیاز به فرم اضافه، از فرم استاندارد دستورات پزشکی بیمارستان استفاده گردد. در این صورت هر برگ بایستی شماره گذاری گردد تا ترتیب دستورات پزشکی مشخص باشد.

### فرم گزارش پرستاری بخش اورژانس:

۱. در فرم گزارش پرستاری شامل کنترل و ثبت علائم حیاتی همچون دمای بدن، تعداد ضربان، فشار خون، تنفس، درصد اشباع اکسیژن خون و شدت درد می باشد که می بایست در زمان های مقرر توسط پرستار بررسی و ثبت شده و با ذکر تاریخ و ساعت مهر و امضاء گردد.



۲. کنترل قند خون برای بیماران دیابتی و بیماران با اختلال سطح هوشیاری و یا براساس شک بالینی پزشک نیز تکمیل می‌گردد.
۳. نمره درد بیمار نیز با استفاده از معیار (NRS) Numerical Rating Scale کنترل و بین ۱-۱۰ ثبت و در صورت ضرورت به پزشک معالج اطلاع داده می‌شود. مسئولیت تایید شدت درد چک شده توسط پرستار و تجویز نوع داروی ضد درد، بر اساس شدت درد بر عهده پزشک معالج می‌باشد.
۴. اقدامات دارویی و درمانی و همچنین نظرات و مشاهدات پرستاری نیز در زمان های مقرر می‌بایست توسط پرستار ثبت و مهر و امضاء شود. تمامی حوادث داخل بخش از جمله تغییر وضعیت بالینی بیمار، واکنش‌های ناخواسته نسبت به داروهای تجویزی و واکنش به تزریق فرآورده های خونی نیز در این قسمت با ذکر تاریخ و ساعت ثبت شده و بایستی بلافاصله به پزشک اورژانس اطلاع رسانی صورت پذیرد.
۵. انجام کلیه دستورات پزشک معالج برای بیمارانی که تعیین سرویس نهایی شده اند تا قبل از خروج از بخش اورژانس مانند سایر بیماران بر عهده پرستار اورژانس می‌باشد.
۶. در خصوص مشاوره پزشکی، ثبت تاریخ و ساعت چک کردن دستور مشاوره و همچنین تاریخ و ساعت اطلاع به پزشک مشاور و اطلاع نتایج مشاوره به پزشک معالج توسط پرستار بیمار در قسمت گزارش پرستاری ضروری است.
۷. لازم به توضیح است تنها در صورتی که بیمار تعیین تکلیف شده به علت خالی نبودن تخت در سرویس تخصصی، در بخش اورژانس بیش از ۱۲ ساعت ماندگار است، فرم ارزیابی اولیه بیمار مربوط به بخش بستری بیمارستان، به پرونده اورژانس اضافه و توسط پرستار مسئول بیمار تکمیل می‌گردد.

### فرم درخواست مشاوره بخش اورژانس:

۱. در پشت فرم گزارش پرستاری، فرم درخواست مشاوره قرار دارد که در قسمت درخواست مشاوره با سرویس تخصصی/فوق تخصصی، نام سرویس مورد درخواست به همراه تاریخ و ساعت درخواست و همچنین نوع مشاوره (آنی، فوریتی، غیرفوریتی) توسط پزشک درخواست کننده ثبت شده و پس از ثبت شرح حال، مشاهدات و نظریات توسط پزشک درخواست کننده مهر و امضاء می‌گردد. قسمت بعد می‌بایست خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌های لازم توسط پزشک مشاور پس از ویزیت بیمار به همراه تاریخ و ساعت انجام مشاوره، ثبت شده و مهر و امضاء گردد. زمان انجام مشاوره های درخواستی (آنی/فوریتی) بر اساس دستورالعمل مقیمی و آنکالی پزشکان می‌باشد، بدیهی است مشاوره غیر فوریتی در بخش اورژانس در شرایط معمول و جاهت ندارد و صرفاً در مواقعی که بیمار تعیین تکلیف شده به دلیل نبود تخت در سرویس تخصصی مربوطه، در بخش اورژانس ماندگار است امکانپذیر می‌باشد.
۲. حسب مورد در صورت درخواست مشاوره از چند سرویس تخصصی بر اساس وخامت شرایط بالینی بیمار، ممکن است نیاز به ضمیمه کردن فرم درخواست مشاوره بخش بستری بیمارستان به پرونده بیمار مربوطه باشد.
۳. در قسمت پایین صفحه پرستار مسئول بیمار می‌بایست پس از چک دستورات مشاوره، تاریخ و ساعت اطلاع دستورات پزشک مشاور به پزشک معالج را ثبت نموده و مهر و امضاء نماید.

## فرم خلاصه پرونده بخش اورژانس:

۱. در برگ خلاصه پرونده بخش اورژانس، شکایت اصلی بیمار مطابق برگه شرح حال، تشخیص اولیه و نهایی مطابق صفحه اول پرونده بیمار، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات پاراکلینیکی، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه های دارویی و غذایی پس از ترخیص به همراه تاریخ و ساعت توسط پزشک اورژانس، تکمیل و مهر و امضاء گردد.
۲. در قسمت توصیه های دارویی و غذایی لازم است سابقه دارویی بیمار، توضیحات در خصوص نام و شکل داروهای تجویز شده، نحوه مصرف دارو، دوز دارویی و زمان مصرف دارو توسط پزشک ثبت گردد. در صورت مصرف همزمان داروهایی که دارای تداخل دارویی یا عوارض ناخواسته جدی هستند علائم هشدار به بیمار توصیه گردد. رژیم غذایی ترجیحی، پرهیز از مصرف دسته های خاص مواد غذایی و تعداد دفعات تغذیه، محدوده و میزان فعالیت فیزیکی بیمار نیز در این قسمت ثبت می گردد.
۳. در جدول بعد آموزش ها و مراقبت های پرستاری در منزل در خصوص خود مراقبتی در فرم آموزش به بیمار قید می گردد. همچنین پیگیری های درمانی پس از ترخیص، زمان مراجعه مجدد و محل مراجعه شامل درمانگاه/ اورژانس/ بخش و... به روشنی در این قسمت درج شده، علائم و نشانه های هشدار جهت مراجعه زود هنگام نیز توسط پرستار توضیح داده می شود.
۴. در این فرم در نهایت به همراه مهر و امضاء پزشک معالج، پرستار آموزش دهنده و امضاء و اثر انگشت بیمار و یا همراه بیمار، در دو نسخه (کاربن/ پرینت) تنظیم و در زمان ترخیص یک نسخه به بیمار تحویل می گردد.