

العنوان:	التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي بشبين الكوم محافظة المنوفية: دراسة تحليلية
المصدر:	المجلة الدولية لعلوم المكتبات والمعلومات
الناشر:	الجمعية المصرية للمكتبات والمعلومات والأرشيف
المؤلف الرئيسي:	منصور، مريم صالح محمد
المجلد/العدد:	مج 2, ع 3
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2015
الشهر:	يوليو / سبتمبر
الصفحات:	165 - 222
رقم MD:	677942
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	محافظة المنوفية، مستشفى معهد الكبد القومي، التوثيق، الصحة الإلكترونية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/677942

التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي بشبين الكوم محافظة المنوفية (دراسة تحليلية)

مريم صالح محمد منصور

مدرس المعلومات والوثائق

كلية الآداب - جامعة المنوفية

mariem_mansour@hotmail.com

مستخلص

سعت الدراسة إلى تحليل ورصد مدى دقة واكتمال وشمولية التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي، ومدى مطابقته للمعايير المحلية والدولية، من خلال فحص وتحليل (٤٠٠) سجل من السجلات الطبية لمرضى العيادات الخارجية والأقسام الداخلية (مرض كبد، أطفال، جراحة). ومن النتائج التي أسفرت عنها الدراسة أن التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي غير مطابق للمعايير المحلية والدولية بنسبة ٦٥%. وأوصت الدراسة بضرورة الالتزام بالمعايير المحلية والدولية ووضع إستراتيجية لإدارة المعلومات الصحية على مستوى الدولة، يكون من أولوياتها وضع مقرر دراسي لطلاب كليات الطب والتمريض عن كيفية التوثيق في السجلات الطبية، للحد من الأخطاء الطبية، والعمل على تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني للتخلص من مشاكل التوثيق اليدوية.

مقدمة:

يعتبر التوثيق في السجلات الطبية أساس التواصل بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، وهو المفتاح لتبادل المعلومات الهامة مع جميع أعضاء الفريق الطبي ليس فقط في المستشفى الواحد، ولكن أيضا في أماكن الرعاية الصحية الأخرى. كما يسمح التوثيق الجيد بنقل المعلومات التي يحتتمل أن تكون المنقذة للحياة. وعندما يكون هناك فشل في هذه الاتصالات بسبب التأخير في نقل المعلومات نتيجة لسوء خط الأطباء، أو استخدام مصطلحات ورموز غير مفهومة، ستكون العواقب وخيمة على صحة المريض وجودة الرعاية، فضلا عن أهميته في التعليم، والتدريس، والبحث العلمي، لذا يجب أن يحظى موضوع التوثيق في السجلات الطبية باهتمام خاص ومميز، إلا أن هذا الموضوع لم يجد الاهتمام الكافي لدى القائمين على إدارة المستشفيات والمؤسسات الصحية في الوطن العربي، وما زال التقدم في هذا المجال متواضعا. فعلى الرغم من اهتمام الهيئة القومية للاعتماد بمصر بوضع معايير لإدارة المستشفيات منذ عام ٢٠٠٥م، إلا أنها لم تفعل في العديد من المستشفيات حتى الآن. لذا كثرت الأخطاء الطبية التي تحدث بسبب القائمين على الرعاية الصحية "بشر ويخطئون"، عندما يكون العمل أكثر من طاقتهم، أو حدوث إهمال في بعض الأحيان. وفي كثير من الأحيان يكون الخط الرديء وما ينتج عنه من كتابة غير مقروءة سببا في جعل الممرضات والصيدالة والفنيين والعديد من العاملين في المستشفى يقضون وقتا طويلا في تخمين ما كتب من الطبيب، وتلك التخمينات ليست دائما صحيحة، مما يؤدي إلى أخطاء طبية فادحة. وناهيك عن التحديد الخاطئ للمريض، فقد يعطى لمريض علاج مريض آخر، أو نقل دم من فصيلة تخالف فصيلته تماما مما يؤدي إلى هلاكه. وقد ذكر أندل وآخرون (Andel) أن عدم الوضوح في التوثيق الطبي يؤدي إلى ٧٠٠٠ حالة وفاة سنوية في الولايات المتحدة الأمريكية^(١). هذا إلى جانب ما يسببه مرض الالتهاب الكبدي الوبائي من خسائر في الأرواح. فقد ذكرت منظمة الصحة العالمية في يونيو (٢٠١٤) أن الالتهاب

(¹) Andel C., ...[Et, al.].... The Economics of Health Care Quality and Medical Errors, J., Health Care Finance. 39.-[n.l: n.p], 2012.-pp39-50.

د. مريم صالح منصور

الكبد الفيروسي من الأمراض المعدية المعروفة باسم التهابات الكبد الوبائي (A, B, C, D & E) الذي يؤثر على مئات الملايين من الناس في أنحاء العالم كافة، مما يتسبب في أمراض الكبد الحادة والمزمنة ويؤدي بحياة ما يقرب من ١,٤ مليون شخص سنويا^(١). وفي تقرير لها عام (٢٠١٢م)، ذكرت أن التهاب الكبد الوبائي (C) هو الأكثر شيوعا بين المصريين بنسبة تصل إلى ٢٢%، أي بمعدل فرد من كل أربعة أفراد^(٢). وتختلف الإصابات في محافظات مصر، فنجد في القاهرة ٨%، وفي الإسكندرية ٦%، وفي الدلتا ٢٨%، وفي الصعيد ٢٦%. ونظرا لزيادة نسبة المصابين بمرض الالتهاب الكبدي الوبائي بوسط الدلتا، تم إنشاء معهد الكبد بمدينة شبين الكوم بمحافظة المنوفية لمحاربة هذا المرض اللعين ومحاوله القضاء عليه. وانطلاقا مما تقدم انبثقت فكرة هذه الدراسة، وهي إلقاء الضوء على التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي بشبين الكوم وما يعتريه من أخطاء، ومدى مطابقته للمعايير المحلية والدولية في هذا المجال.

أولا: الإطار المنهجي:

١ / ١ أهمية الدراسة ومبررات اختيار الموضوع:

١ / ١ / ١ الأهمية النظرية:

تستمد هذه الدراسة أهميتها العملية من أهمية المشكلة المدروسة نفسها، من حيث جدتها، وندرة الأبحاث باللغة العربية حول موضوعها، مما يحتم إثراء الموضوع بالأبحاث والدراسات العربية. ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة اتضح أنها ركزت جميعها على نظم المعلومات الصحية وشكل السجل الطبي وطرق تنظيمه، والفروقات الواضحة بين استخدامات السجل الورقي والإلكتروني دون أن تدخل في أعماق هذه السجلات، وتتعرف على التوثيق بداخلها ومدى صحته واكتماله ومعايره ومبادئه. ومن هذا المنطلق فإن الباحثة ترى أن أي إضافة جديدة لهذا الاتجاه يمكن أن ينظر إليها على أنها مكسب جديد في مجال إدارة السجلات الطبية عمليا وعلميا. كما تنبع أهمية الدراسة أيضا من عظم وأهمية الموضوع الذي تتناوله وهو موضوع متعلق بصحة الإنسان أهم ما على الأرض من مخلوقات فالسجلات الطبية للمرضى تعد بمثابة المادة الخام اللازمة لإنتاج المعلومات الطبية التي تستخدم في أداء العديد من الممارسات الطبية والإدارية بمستشفى معهد الكبد القومي، والمرتبطة أيضا بتقدم البحث العلمي وتحسين الرعاية الصحية للمرضى، كما تؤكد المعايير في هذا المجال على أنه لا يمكن تحقيق جودة عالية في تقديم الخدمات الصحية دون نظام معلومات محكم يقوم على التوثيق الجيد لمعلوماته ويوفر المعلومة الصحيحة لمقدم الخدمة في الوقت المناسب حتى يتسنى له اتخاذ القرار السليم لمصلحة المريض، وأيضا لا يمكن متابعة تطور الحالة دون تسجيل دقيق لكل مراحل التشخيص والعلاج، ويجب أن ندرك أن السجلات الطبية الجيدة ضرورية ليس فقط من أجل الرعاية الحالية والمستقبلية للمريض، ولكن أيضا كونها وثيقة قانونية لحماية المريض والمستشفى، لذا يجب أن تكون كاملة ودقيقة ومتاحة عند الحاجة ومن هذا المنطلق عكفت هذه الدراسة على تقييم مراحل التوثيق في السجلات الطبية منذ دخول المريض المستشفى وحتى الخروج حيا أو ميتا لمعرفة مدى دقة التوثيق ومدى مطابقته لمعايير الجودة المحلية والعالمية.

١ / ١ / ٢ الأهمية التطبيقية:

تتمثل هذه الأهمية فيما ستسفر عنه هذه الدراسة من نتائج بخصوص مواطن القوة والضعف في التوثيق في السجلات الطبية في المستشفى المدروسة، وكذلك ما تسفر عنه من حلول علمية يمكن الاستفادة منها في مستشفيات أخرى.

(١) منظمة الصحة العالمية، التهاب الكبد الفيروسي: تقرير نت الأمانة. الدورة السادسة والعشرون بعد المائة-نوفمبر ٢٠٠٩م. ص ١. متاح على:

<http://www.who.int/campaigns/hepatitis-day/2014/ar> تاريخ الوصول [٢٠١٤/٩/١٣].

(٢) ويب. <http://www.pulpit.alwatanvoice.com/articles/2005/12/01/31621.html> تاريخ الوصول [٢٠١٤/١/٢٠].

١ / ٢ مشكلة الدراسة:

تنبع مشكلة هذه الدراسة من أهمية التوثيق في السجلات الطبية، وتأثيره الحيوي والخطير على جودة الرعاية الصحية للمرضى. وبما أن المشكلة الكبرى التي تواجهه التوثيق في السجلات الطبية هي غياب المعايير والأدلة المنهجية مما ينتج عنه أخطاء طبية فادحة تكبد الدولة خسائر في الأرواح وشلل في الاقتصاد، هذا إلى جانب ما يسببه مرض الالتهاب الكبدي من خسائر، وبذلك تصبح الخسارة مزدوجة.

ولا بديل ولا خيار سوى الالتزام بالمعايير عند التوثيق في السجلات الطبية لسلامة المرضى وحماية الطبيب والمستشفى من المساءلة القانونية. وفي هذا الإطار تأتي هذه الدراسة من أجل رصد وتحليل التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي، للتعرف على مسالبه وتقييم مدى مطابقته للمعايير المحلية والدولية مع وضع الحلول المناسبة. وقد ذكرت تيجال غاندي (Tejal Gandhi)، رئيس المؤسسة الوطنية لسلامة المرضى، وأستاذ مساعد بكلية الطب جامعة هارفارد عندما فحصت إحصائيات الوفيات السنوية بالولايات المتحدة الأمريكية، حقيقة تقشعر لها الأبدان، وهي أن الأخطاء الطبية التي يمكن الوقاية منها تمثل القاتل الثالث بعد مرض القلب والسرطان^(١).

١ / ٣ أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة بشكل أساسي إلى تقييم مدى اكتمال ودقة التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي، ودور ذلك في جودة الرعاية الصحية للمرضى، وضمان معايير عالية لإدارة وثائق وسجلات الرعاية الصحية بما يتفق مع القانون العام للدولة وأخلاقيات المهنة والمعايير الدولية في هذا المجال لتحقيق أفضل الممارسات في هذا الشأن من قبل الأطباء وهيئة التمريض من خلال تحقيق الأهداف التالية:

١. التعرف على مفهوم التوثيق وأهميته، والمبادئ التوجيهية للتوثيق في السجلات الطبية.
٢. التعرف على ما قدمه التوثيق في السجلات الطبية في المستشفى المدروسة من وصف دقيق للأحداث التي وقعت لكل مريض داخلي أو خارجي، ومدى تحديد الذين قدموا له الرعاية بشكل دقيق.
٣. التعرف على مدى دقة واكتمال وشمولية وسرية المعلومات الموثقة في السجلات الطبية بالمستشفى المدروسة.
٤. التعرف على مدى تطبيق المبادئ التوجيهية والمعايير المحلية والدولية في الإدخالات بالسجلات الطبية.
٥. التعرف على مدى تعزيز التوثيق في السجلات الطبية لاستمرارية الرعاية ونقلها بطريقة آمنة بين المتخصصين.
٦. تحديد الجوانب القانونية من التوثيق الصحيح في السجلات الطبية.
٧. التعرف على ماهية السجل الطبي، وتكوينه الثابت، وطرق حفظه وتداوله في معهد الكبد القومي.

١ / ٥ مجال الدراسة وحدودها:

يمكن توضيح حدود هذه الدراسة كالتالي:

١ / ٥ / ١ الحدود الموضوعية:

تتناول هذه الدراسة موضوع التوثيق في السجلات الطبية الورقية بمعهد الكبد القومي.

(¹) Tejal Gandhi. Medical and Patient Safety. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Washington, July 18, 2014. Available at: <http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm>. Accessed at: [17/4/2014].

١ / ٥ / ٢ الحدود المكانية:

تغطي الدراسة أحد المنشآت الصحية القومية بمحافظة المنوفية بمدينة شبين الكوم دراسة حالة لنظام التوثيق بالسجلات الطبية.

١ / ٥ / ٣ الحدود الزمنية:

تم إجراء هذه الدراسة وجمع المعلومات حولها في عامي ٢٠١٣م، و ٢٠١٤م.

١ / ٥ / ٤ مجتمع الدراسة:

اقتصرت الدراسة على المفوض لهم بالتوثيق في السجلات الطبية من الأطباء وهيئة التمريض والقائمين على حفظ السجلات الطبية من العاملين بقسم السجلات الطبية.

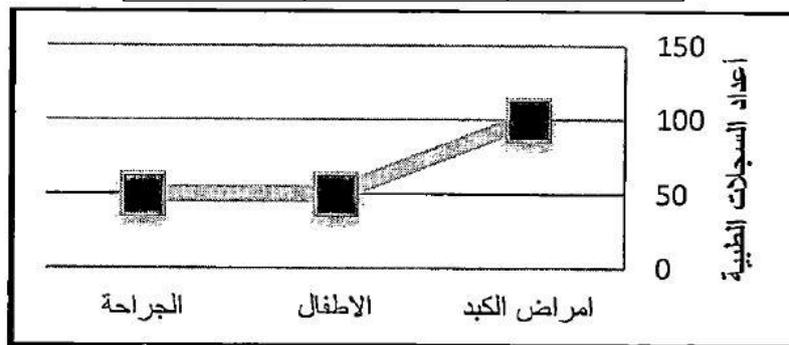
١ / ٦ عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية من السجلات الطبية المقفلة بالمستشفى، من حوالي ١٨٨٠٠٠ سجل في عامي ٢٠١٣م، و ٢٠١٤م، بواقع ٢٠٠ سجل لمرضى العيادات الخارجية، و ٢٠٠ سجل للمرضى الداخليين. وتم أخذ تلك العينة من ثلاثة أقسام مختلفة كما هو موضح بالجدول رقم (١)، والشكل رقم (١).

جدول رقم (١) يوضح أعداد السجلات الطبية التي فحصت

في العيادات الخارجية والأقسام الداخلية

الوصف القسم	داخلي	خارجي
طب الكبد	١٠٠	١٠٠
الأطفال	٥٠	٥٠
الجراحة	٥٠	٥٠



١ / ٧ مراجعة السجلات:

تم إجراء استعراض لعدد ٤٠٠ سجل من السجلات الطبية من الداخلي والخارجي لثلاثة أقسام (طب الكبد- أطفال- جراحة)، في عامي ٢٠١٣م، و ٢٠١٤م. وتم فحص ثلاثة نماذج، نموذج الصفحة الأمامية من السجل الطبي للمرضى العيادات الخارجية، والأقسام الداخلية، بالإضافة إلى نموذج المتابعة لمرضى العيادات الخارجية، ونموذج شيت الخروج للمرضى الداخليين، من أجل التعرف على مدى اكتمال التوثيق في السجلات الطبية، ووضع اقتراحات للتحسين. أجريت مقابلات شبه منظمة مع عينة من الأطباء العاملين في الأقسام المذكورة. بدأت المقابلة مع شرح الغرض من المقابلة وأعطيت الأطباء الفرصة لتوضيح أسباب عدم اكتمال السجلات وكيفية التغلب على هذه المشكلة وكان عدد الأطباء الذين وافقوا على المشاركة في المقابلة (١٠ أطباء)، وأجريت المقابلات في

د. مريم صالح منصور

وقت مناسب لكل طبيب، وأجريت مقابلة طبيب واحد على الأقل من كل قسم أجريت مراجعة سجلاته.

١ / ٧ / ١ الاعتبارات الأخلاقية:

حافظت الباحثة على سرية معلومات المرضى أثناء اطلاعها على السجلات. أما بالنسبة لمقابلات الأطباء، أكدت لهم الباحثة أن هويتهم ستظل مجهولة تماما وكانت المشاركة على أساس طوعي.

١ / ٧ / ٢ التحليل الإحصائي:

أجريت إدارة البيانات وتحليلها باستخدام Microsoft Excel، وأجري الإحصاء الوصفي باستخدام النسبة المئوية.

١ / ٨ / ١ المنهج المتبع في الدراسة:

تسعى الدراسة للوصول إلى معرفة دقيقة ومفصلة حول التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي، وهذا يتوافق مع منهج دراسة الحالة Case Study بالأسلوب الوصفي التحليلي، لكونه من مناهج البحث العلمي التي تمتاز بالتحليل الشامل والتفصيلي لظاهرة أو مشكلة محددة، فضلا عن تعدد سماته من حيث إمكانية الجمع بين أكثر من أداة بحث في آن واحد. فهو قد يجمع بين الملاحظة، والمقابلة، والاستفسار، للتعرف على التوثيق في السجل الطبي الورقي، والنماذج الورقية المكونة له، ورصد الأخطاء والتجاوزات من عدم اكتمال التوثيق والشطب غير المقنن في السجلات، وكافة معايير التوثيق الجيد بالسجلات الطبية ومدى تطبيقها من قبل الأطباء وهيئة التمريض بمستشفى معهد الكبد القومي.

١ / ٨ / ١ أدوات الدراسة:

لغرض جمع البيانات والمعلومات حول موضوع الدراسة استعانَت الباحثة بالأدوات التالية:

١. المقابلة الشخصية:

أجريت مقابلات مع عينة من الأطباء العاملين بمعهد الكبد القومي في تخصصات مختلفة (طب كبد، أطفال، جراحة)، وتم شرح الغرض من المقابلة وقد كان عدد الأطباء الذين وافقوا على المقابلة (١٠) أطباء، بالإضافة إلى مدير المستشفى، ورئيس قسم الأرشيف.

٢. قائمة المراجعة:

تم إعداد قائمة مراجعة تناولت فيها الباحثة عدة أسئلة بلغت (٦١) سؤالاً مفصلاً، وموضحاً حول معايير التوثيق في السجلات الطبية، لمعرفة مدى تطبيقها بالمستشفى المدروسة، واعتمدت الباحثة في سرد هذه الأسئلة على المعايير الصادرة عن الهيئة القومية لاعتماد المستشفيات المصرية، ومعايير بعض الدول الأجنبية والعربية في هذا الشأن.

١ / ٨ / ٢ جمع البيانات:

أعدت الباحثة أربعة قوائم لفحص وتدقيق (نموذج الصفحة الأمامية للمريض الداخلي والخارجي، نموذج المتابعة، شيت الخروج) واستخدمت ثلاثة محاور لذلك (مكتمل، غير مكتمل، غير مطابق) واعتمدت في تدقيق وفحص هذه النماذج على المعايير المصرية لاعتماد المستشفيات^(١)، بالإضافة إلى المعايير الدولية لكل من المكسيك^(٢)، وأستراليا^(١)، والولايات المتحدة الأمريكية^(٢)، هذا إلى

(^١) Egypt. Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards. USAID, Sixth Edition May 2005. Available at: <http://who.int/management/EgyptianHospitalAccreditaionStandards.pdf>. Accessed at [25/10/2014].

(^٢) A Division of Health Care Service Corporation, A Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association of New Mexico. Medical Records

د. مريم صالح منصور

جانب دليل العاملين في السجلات الطبية في الدول النامية، الصادر عن منظمة الصحة العالمية^(٣)، للوقوف على مدى مطابقة التوثيق في هذه السجلات من قبل الأطباء وهيئة التمريض للمعايير والأدلة في هذا المجال، وأسباب عدم اكتمال وصحة التوثيق في هذه السجلات مع وضع اقتراحات للتحسين.

١ / ٩ الدراسات السابقة:

قامت الباحثة بإجراء مسح للدراسات السابقة في قواعد البيانات العالمية (EBSCOhost, Science Direct) و (Emerald, LISA)، ودليل الإنتاج الفكري العربي في مجال المكتبات والمعلومات، والشبكة العنكبوتية للوقوف على مدى وجود دراسات ذات صلة بموضوع البحث. وقد ظهر من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة غياب البيئة المصرية والعربية عن مجال اهتمام الباحثين في مجال التوثيق في السجلات الطبية. ولكن هناك دراسات قليلة تناولت السجلات الطبية من زوايا أخرى، ولذا قسمت الباحثة الدراسات السابقة إلى محورين كما يلي:

١ / ٩ / ١ المحور الأول: دراسات تناولت التوثيق في السجلات الطبية:

أولاً: الدراسات العربية:

في عام (٢٠١٤م) قدم أحمد حامد محمود^(٤) دراسة بعنوان "دور التوثيق في إثبات المسؤولية الطبية" هدفت هذه الدراسة إلى التعرف بأهمية السجل الطبي كوثيقة قانونية وكيفية المحافظة على سرية المعلومات الواردة في سجل المرضى وطرق تحسين وتطوير وسائل التواصل لمواجهة مخاطر العمل الطبي وبعض التطبيقات التي تؤدي إلى نشوء المسؤولية الطبية، وقدم الباحث عددا من التوصيات كان من أهمها إظهار النجاحات العلاجية التي تتم بالمنشاءات الصحية بوسائل الإعلام المختلفة لمواجهة نفس القدر مما ينشر ويشاع بشأن ما يقع بها من الأخطاء الطبية، وإيجاد مادة تدرس بكلية الطب حول كيفية مواجهة مخاطر العمل الطبي.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

١. وفي عام (٢٠١٤م) قدم مصطفى نور الدين وآخرون^(٥) دراسة بعنوان "جودة توثيق النظم الإلكترونية للمعلومات الطبية في وحدات الرعاية الصحية الأولية في الإسكندرية-مصر" تهدف الدراسة إلى تقييم جودة التوثيق في السجلات الطبية الإلكترونية في وحدات الرعاية الصحية الأولية في الإسكندرية للتعرف على رأي الأطباء حول العوائق والعوامل التي تسهل عمل النظام. وقد جمع الباحثون البيانات من ٧ وحدات اختيرت عشوائياً من كل منطقة إدارية، وأخذ في كل وحدة ٥٠ سجلاً ورقياً مع ما يقابلها من سجلات إلكترونية تم اختيارها للمرضى الذين زاروا الوحدة خلال الثلاثة الأولى من عام ٢٠١١. وقد

Documentation Standards. pp1-2. Available at: <http://www.bcbsnm.com/pdf/medicalrecords.pdf>. Accessed [5/2/2013].

(1) Health Care Records – Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. 2012. Available at <http://www.health.nsw.gov.au/policies/> Accessed at [20/12/2014].

(2) World Health Organization. Medical Record Manual: a guide for Developing Countries. Western Pacific Region. 2006. p 65. Available at: <http://www.wpro.who.int/publications/docs/MedicalrecordsManual.pdf>. Accessed at [25/2/2014].

(3) Medical Record Document. Reviewed, May 2013. Available at: http://www.ncmedboard.org/postion_statments/detail/medical_record_documentation. Accessed at [16/5/2014].

(4) أحمد حامد محمود. دور التوثيق في إثبات المسؤولية الطبية. بحث منشور في المؤتمر العربي الثالث عن المسؤولية الطبية-دبي، الإمارات في الفترة من (١٢-١٣ نوفمبر ٢٠١٤).

(5) Noureldin M., ---[Et, al.]. Quality of documentation of electronic medical information systems at primary health care units in Alexandria, Egypt. Eastern Mediterranean Health J. (EMHJ), 2014,-PP 105-111.

د. مريم صالح منصور

كانت البيانات الإدارية مستكملة تقريبا في كل من السجلات الورقية والإلكترونية، إلا أن اكتمال البيانات الطبية كان يتراوح بين ٦٠% و ١٠٠% في جميع الوحدات وفي جميع أنماط السجلات. وقد كان معدل الدقة في التشخيص الرئيسي في السجلات الإلكترونية مقارنة بالسجلات الورقية يتراوح بين ٤٤% و ٨٢% أما العوائق الأكثر تكرارا والتي ذكرت على أنها تعرقل تنفيذ نظام السجلات الإلكترونية فهي العبء الثقيل من العمل ودرجة تعقيد النظام.

٢. في عام (٢٠١٠م) قد ديفيد ميخائيل^(١) دراسة (ماجستير) بعنوان "دراسة رضا المستفيدين عن الالتزام بالتوثيق عند استخدام السجلات الطبية الإلكترونية بقسم الطوارئ: دراسة تقييمية". أجريت الدراسة بقسم الطوارئ بمستشفى جامعة أوهايو، وهدفت هذه الدراسة لاستطلاع رضا المستخدمين، وقياس مدى الالتزام بالتوثيق في السجلات الطبية الإلكترونية بقسم الطوارئ. وقد تم قياس رضا المستخدمين باستخدام أداة المسح، في حين تم قياس الالتزام بالتوثيق عن طريق تحليل ومراجعة شيت المريض بأثر رجعي من السجلات المغلقة بقسم الطوارئ، وارتبط المسح أيضا بصفحة تسجيل الدخول للسجل الإلكتروني لسهولة الوصول إليها. تم عمل مقارنة بين التوثيق في السجلات الورقية والسجلات الإلكترونية. أوضحت الدراسة أن نسبة التوثيق الإلكتروني بالسجلات الطبية (٩٨%) أعلى من نسبة التوثيق بالسجلات الورقية (٨٦%).

٣. في عام (٢٠٠٨م) قدم العالم ماثيو فورستير (Mathieu Forster) وآخرون^(٢) دراسة بعنوان "نظم السجلات الطبية الإلكترونية، وجودة البيانات وفقدان المتابعة: مسح لبرنامج المعالجة بمضادات الفيروسات الإيدز في الأماكن محدودة الموارد". وهدفت الدراسة إلى وصف قواعد البيانات الإلكترونية التي تستخدم في برامج المعالجة فيروس الإيدز في البلدان منخفضة الدخل، وتقييم الإجراءات التي تتبعها هذه البرامج في خفض فقدان متابعة المرضى. وأجريت الدراسة في ١٥ بلدا في أفريقيا، وآسيا، وأمريكا الجنوبية، في الفترة ما بين ديسمبر ٢٠٠٦م وفبراير ٢٠٠٧م، وشملت الدراسة ٢١ موقعا ضمت ٥٠٠٦٠ مريضا، وخلصت الدراسة إلى وجود نقص في التدريب على إدارة البيانات، كعدم الالتزام المهني للعاملين بتوثيق تفاصيل المشاورات التي تجرى مع المريض، مما أدى إلى فقدان متابعة المرضى بنسبة ٨,٥%.

٤. في عام (٢٠٠٧م) قدما أنا فيلبس (Anna Phillips) وآخرون^(٣) دراسة بعنوان "التوثيق في السجلات الطبية: جودة إدخال أطباء العلاج الطبيعي" هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى التوثيق في السجلات الطبية للمرضى من قبل أخصائي العلاج الطبيعي في مستشفى رويال أديليد (RAH)، جنوب أستراليا، خلال عام ٢٠٠٣. وقد تم اختيار ١٠٠ من السجلات الطبية عشوائيا للمراجعة، تم تدقيق ٢٢٤ من إدخالات أخصائي العلاج الطبيعي في النموذج الطبي للمريض (التشخيص الأولي ومدة الإقامة بالمستشفى). واستندت أداة التدقيق على المبادئ التوجيهية للتوثيق بقسم العلاج الطبيعي بالمستشفى، واشتملت على خمسة أقسام، وتضمن كل قسم عدة بنود (اكتمال، عدم اكتمال، مفقودة، أو لا يطبق). تم

(1) David M. L. An Evaluative Study of User Satisfaction and Documentation Compliance: Using an Electronic Medical Record in an Emergency Department. Master of Science, Ohio State University, Allied Medical Professions, 2010.-P 109.

(2) Mathieu F., ...[et, al.], Electronic Medical record systems, data quality and loss to follow-up: survey of antiretroviral therapy programmers in resource-limited settings. Bulletin of the World Health Organization, 2008. PP 939-947.

(3) Philips A., ...[el, al]. Medical record documentation: The quality of physiotherapy entries. The Internet Journal of Allied Health Science and Practice. July 2006. Volume 4 Number 3. Available at: <http://ijahsp.nove.edu/articles/vol4num3/philips.pdf> Accessed at [28/10/2014].

د. مريم صالح منصور

حساب العدد الكلي للنتائج المكتملة بكل قسم من النموذج. وكانت النتيجة اكتمال قسمين من أقسام السجل الطبي الخمسة بنسبة ١٠٠%، والقسمات يحتويان على متطلبات إلزامية من قبل مستشفى العلاج الطبيعي، بينما كانت نسبة الاكتمال أقل في باقي الأقسام الأخرى من السجل الطبي. واختلف مستوى التوثيق إلى حد كبير، فخمسة بنود (٤٣%) حققت معدل اكتمال بنسبة (١٠٠%) وهي التاريخ، التوجه للعلاج الطبيعي، التوقيع، المعلومات التفصيلية عن المريض، ما بعد الزيارة الأولى. وكان تشخيص أخصائي العلاج الطبيعي للمريض هو الذي أثر بشكل كبير على مستوى التوثيق بالسجل الطبي للمريض. مع ذلك اعتبر التوثيق مقبول على المستوى العام وأن هناك مجالاً للتحسين.

٥. وفي عام (٢٠٠٥م) قدم جمال فرحان وآخرون^(١) دراسة بعنوان "التوثيق والترميز في السجلات الطبية في مركز الرعاية الثالثة: دراسة تجريبية" قامت الدراسة بتحليل عدد ٣٠٠ من السجلات الطبية للمرضى في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، وهو ما يمثل أربعة أقسام هي الطب والجراحة، وطب الأطفال وأمراض النساء والتوليد. وتم تدقيق السجلات طبقاً للمبادئ التوجيهية لتصنيف الدولي للأمراض، الطبعة التاسعة، (ICD-9-CM)، للتعرف على مدى دقة واكتمال التوثيق والترميز في التشخيصات والإجراءات الأولية والثانوية التي يؤديها كل من الأطباء وفريق التمريض. تم تحليل ١٠٥١ عنصر من عناصر البيانات المستخرجة من السجلات، وجد أن عدد ٨٧٦ عنصراً بنسبة (٨٣,٣%) تم توثيقها بدقة، بينما وجد ١٣٤ عنصراً بنسبة (١٢,٧%) لم يتم توثيقها، وكان هناك ٧٣٦ عنصراً بنسبة (٧٠%) تم تعيين الرمز الصحيح لها، بينما وجد أن عدد ١١٠ عنصراً بنسبة (١٠,٥%) تم تعيين رمز غير صحيح لها، بالإضافة إلى عدد ٢٠٥ عنصراً بنسبة (١٩,٥%) لم تكن مرمزة. واستنتج أن ٦٠% فقط من السجلات المدققة اجتمع لها معيار السجلات الطبية ذات نوعية جيدة فيما يتعلق بالتوثيق والترميز. ولوحظ وجود علاقة إيجابية بين دقة التوثيق والترميز الصحيح، والذي يدعم استنتاج مفاده أن التوثيق عالي الجودة يعزز دقة الترميز للبيانات.

٦. في عام (٢٠٠٤م) قدم توماس جوثيل (Thomas Gutheil)^(٢) دراسة بعنوان "أساسيات التوثيق في السجلات الطبية". تحدثت هذه الورقة عن أساسيات التوثيق في السجلات الطبية ووضع معايير حاکمة للإضافة والشطب في السجلات الطبية واستخدام المزالق والمؤشرات، وتوصلت هذه الدراسة إلى ضرورة توثيق أسماء الأطباء القائمون على الرعاية الصحية، وأيضاً هيئة التمريض واستخدام الاختصارات الطبية المعروفة لدى الفريق الطبي، وضرورة توثيق أي معلومة تضاف للسجل الطبي، وذلك بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسم الطبيب مع التاريخ، وذكرت الدراسة أن الطريقة المثلى لتصحيح إدخال موجود مسبقاً هو التأشير بأنه إدخال جديد مع كتابة التاريخ الحالي والوقت الحالي ومن ثم وصف التصحيح. وأوصت الدراسة للقضاء على كابوس دعوى سوء التصرف المرفوعة ضد الأطباء يجب الاهتمام بالتوثيق في السجلات الطبية وتطبيق المبادئ التوجيهية.

٧. في عام (٢٠٠١م) قدم العالم براين (Brian)^(٣) دراسة بعنوان "أساسيات التوثيق الجيد للسجلات الطبية". أشارت الدراسة إلى سمات التوثيق للسجل الطبي، كتوثيق البيانات، بحيث تكون دقيقة، ومقروءة، ومنظمة تنظيماً جيداً، كما ولا بد من تدوين

(١) Farhan J., ...[et, al]. Documentation and coding of medical records in a tertiary care center: a pilot study. Ann. Saudi Med. (2005), 25 (1): 46-49.

(٢) Thomas G. Gutheil. Fundamental of Medical Record Documentation. Psychology (Edgemont)., 2004.- PP 26-28.

(٣) Brain J. Murphy (2011). Principles of good medical record documentation. J Med Pract manage. 16.- [n.l:n.p], 2011.- PP 58-60.

د. مريم صالح منصور

تلك البيانات أولاً بأول من أجل متابعة حالة المريض، وقياس مدى تقدمه، لأن ما لم يدون يعد غير موجود. ومن أساسيات التوثيق الجيد أيضاً التصويب داخل السجل، ويتم التصويب بوضع خط واحد على الخطأ مع كتابة التصويب بالترتيب الزمني مع كتابة التوقيع. كما أضافت الدراسة أنه يتم تغيير السجل الطبي في حالة وجود أخطاء كثيرة، أو وجود حادث للسجل أو عدم وجود فراغ لإضافة معلومات طبية جديدة.

١ / ٩ / ٢ المحور الثاني: دراسات تناولت السجلات الطبية بشكل عام:

أولاً: الدراسات العربية:

١. في عام (٢٠١٢م) قدم كل من سهم القصيمي، وحازم نجيب طويبا^(١) دراسة بعنوان "نظام السجل الطبي الإلكتروني: مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة". واعتمدت الدراسة على منهج دراسة الحالة، تم اختيار مستشفى الحمداية العام في الموصل دائرة صحة نينوى، مجالاً للدراسة بغرض تصميم نظام للسجل الطبي الإلكتروني، وتم تقسيم الدراسة إلى ثلاثة مطالب أساسية تضمن الأول الإطار المنهجي للدراسة بكافة تفاصيله، فيما خصص المطلب الثاني لاستعراض الجانب النظري المرتبط بالإدارة الإلكترونية المعاصرة والسجل الطبي الإلكتروني، أما المطلب الثالث فقد تناول الجانب التطبيقي للدراسة من خلال استعراض النظام المقترح، واختتمت الدراسة بمجموعة من الاستنتاجات والمقترحات التي تحدم هدف الدراسة. وكان من نتائجه أن التكامل بين السجلات الإلكترونية ونظم معلومات المستشفيات يمثل مركز قوة في تقديم الرعاية الصحية ومساعدة الطبيب في أداء عمله بشكل أفضل، بحيث تقدم المعلومات الطبية الخاصة لكل مريض بشكل متكامل ومنسق. هذا إلى جانب استخدام نظم قواعد المعرفة والنظم الخبيرة في مجالات صناعة القرارات الإدارية والطبية في المستشفى محل الدراسة لما لها من أثر في رفع فعالية القرارات من خلال تحسين نوعيتها، فضلاً عن استخدام نموذج الصحة عن بعد. بالإضافة إلى عقد دورات تدريبية في مجال تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني لجميع الموظفين في المستشفى المدروسة.
٢. في عام (٢٠٠٣م) قدمت ميساء مهران^(٢) دراسة بعنوان "إدارة السجلات الطبية بالمستشفيات بالإسكندرية: دراسة تحليلية". هدفت الدراسة إلى التعرف على نظم السجلات الطبية المتبعة في المستشفيات بالإسكندرية بجمهورية مصر العربية من حيث طرق تنظيم محتويات السجلات الطبية وكيفية ترتيبها وترميزها ومراقبة حركة تداولها وأوجه الإفادة منها، وقد اختارت الباحثة عينة من مستشفيات محافظة الإسكندرية لإجراء تلك الدراسة بلغ عددها ٦ مستشفيات، وقامت الباحثة باستخدام منهج البحث الميداني الوصفي التحليلي لوصف الواقع الفعلي لنظام السجلات الطبية في عينة الدراسة. وقد أوصت الباحثة بتطوير نظم السجلات الطبية في تلك المستشفيات، والاهتمام بتطوير الوثائق الطبية من خلال إنشاء مركز مستقل للوثائق الطبية تراعى فيه معايير السلامة والأمن، بالإضافة إلى الاهتمام بالعاملين في أقسام السجلات الطبية وتأهيلهم وتدريبهم للاستفادة من الحاسب الآلي وتطبيقاته في مجال السجلات الطبية.

(١) سهم القصيمي، حازم نجيب طويبا. نظام السجل الطبي الإلكتروني: مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة. بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي عولمة الإدارة في عصر المعرفة-جامعة الجنان طرابلس، لبنان. في الفترة من (١٥-١٧ ديسمبر ٢٠١٢).

(٢) ميساء محروس أحمد مهران. إدارة السجلات الطبية بالمستشفيات بالإسكندرية-مجلة المكتبات والمعلومات العربية، س ٢٣، مج ٤. أكتوبر (٢٠٠٣م) ص: ١١٩ - ١٦١.

د. مريم صالح منصور

٣. في عام (١٩٩٤م) قدمت أمينة محمود^(١) أطروحة دكتوراه بعنوان "دور نظم معلومات السجلات الطبية في تخطيط ومراقبة العمليات في المستشفيات: دراسة ميدانية". هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى مساهمة تلك النظم في تخطيط ومراقبة العمليات في المستشفيات المصرية. ووضع برنامج يحدد كيفية الاستفادة من مخرجات نظام معلومات السجلات الطبية المقترح في رفع كفاءة وتخطيط ومراقبة العمليات بالمستشفيات المصرية. بلغت عينة الدراسة ٥٢ مستشفى، وقد استخدمت الباحثة المنهج المسحي وقد خرجت هذه الدراسة بمجموعة من النتائج منها: معاناة المستشفيات محل الدراسة من العديد من المشكلات الفنية والإدارية، والتي تعود إلى عدم توفر المفاهيم العلمية اللازمة لتطوير نظم معلومات فعالة للسجلات الطبية، كذلك أن نظم معلومات السجلات الطبية الحالية لا تساهم بدور حيوي في تخطيط ومراقبة العمليات بالمستشفيات محل الدراسة. كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات المهمة منها: تعديل الفلسفة الحالية لنظم معلومات السجلات الطبية القائمة بالمستشفيات المصرية، وتنظيم برامج تدريبية للعاملين بالمستشفيات محل الدراسة.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

١. في عام (٢٠٠٨م) قدم هيديو (Hideo) وآخرون^(٢) دراسة بعنوان "حوسبة السجلات الطبية في اليابان". تناولت الدراسة موضوع حوسبة السجلات الطبية في اليابان عن طريق تشخيص الوضع الراهن للسجلات الطبية في وزارة الصحة ومؤسسات الرعاية الصحية واستشراف رؤى لتطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني. هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى تطبيق المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية لنظم السجلات الطبية الإلكترونية الذي بدأ تطبيقه منذ عام ٢٠٠١م من قبل وزارة الصحة اليابانية، واستخدمت الدراسة المنهج المسحي عن طريق إرسال الاستبيان لعدد ٢٥٧٤ مستشفى و ٤٠٠٠ مركز صحي. قسم الاستبيان إلى ثلاثة محاور هي: (أ) إلى أي مدى تم تطبيق السجل الطبي الإلكتروني، (ب) الأسباب التي أدت إلى عدم تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني. (ج) تقييم فاعلية ومردودية السجل الطبي الإلكتروني. وأظهرت الدراسة عددا من النتائج منها بلغت مجموعة الإجابات ٨١٢ إستبانة بنسبة ٥١,٦%، وأن ١٠% من المستشفيات بدأت في تطبيق نظام السجلات الطبية الإلكترونية، وأن السبب الرئيس في عدم تطبيقه بقية عينة الدراسة لنظام السجلات هو التكلفة العالية، وتوصلت الدراسة أيضا إلى أن المعلومات الصحية في اليابان لا زالت في مراحلها الأولية.

٢. وفي عام (٢٠٠٥م) قدم ماكيلا (Makela)^(٣) وآخرون دراسة بعنوان "نظم السجلات الطبية الإلكترونية للمرضى واحتياجات الممارس العام: دراسة نقدية". هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى ملائمة السجلات الطبية الإلكترونية لاحتياجات الأطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية، وقد استخدمت الدراسة المنهج المسحي على ثمانية مراكز صحية في جنوب فنلندا بغرض دراسة ثلاثة أنواع من الأنظمة الطبية الإلكترونية وقياس مدى فعاليتها، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أن اختلاف بيانات المرضى في السجلات الطبية الإلكترونية يعود إلى اختلاف الأنظمة المستخدمة، وأن ٧٣% من بيانات المرضى التي يتوقع الأطباء والعاملون في الرعاية الصحية توفرها كانت متاحة في الأنظمة الثلاثة، وقد أوصت الدراسة بضرورة إدخال الأنظمة الإلكترونية للسجلات الطبية، وذلك بغرض تطوير الأداء في المستشفيات.

(١) أمينة محمود حسين محمود. دور نظم معلومات السجلات الطبية في تخطيط ومراقبة العمليات في المستشفيات: دراسة ميدانية-جامعة القاهرة: كلية التجارة. قسم إدارة الأعمال. (أطروحة دكتوراه)، القاهرة، ١٩٩٤.

(٢) Yasunaga H., ...[et, al.] Computerizing medical records in Japan. Int J Med Inform, 2008. PP 708-713.

(٣) Malela K, ...[et.al.] Electronic Patient record systems and the general practitioner: an evaluation study. J Telemed Telecare, 2005.- PP 66-68.

د. مريم صالح منصور

٣. وفي عام (٢٠٠٥م) قدم كل من تولى وجودت (Tully and Judith)^(١) دراسة بعنوان: رؤى ووصف التوثيق في السجلات الطبية في المستشفيات". هدفت الدراسة إلى وصف التوثيق في السجلات الطبية، من وجهة نظر الأطباء في مستشفى تعليمي بإنجلترا. واعتمدت الدراسة على منهج دراسة الحالة، واعتمدت كوسيلة لجمع بيانات الدراسة أسلوب المقابلة الشخصية مع ٣٦ طبيباً، وقد أظهرت الدراسة أن هناك صعوبات يواجهها الأطباء في استعمال السجلات الطبية تعود إلى عدم وجود معيار رسمي محدد لتوثيق البيانات في السجلات الطبية، وقد أوصت الدراسة بضرورة العناية بعملية التوثيق المنهج في السجلات الطبية ليتم استخدامها بكفاءة أكبر.

٤. وفي عام (١٩٩٥م) قدم جيجر (Geiger) وآخرون^(٢) دراسة بعنوان "تحليل معلومات السجل الطبي الورقي وأثره على السجلات الطبية الإلكترونية". هدفت الدراسة إلى تحليل السجلات الورقية المرضى بهدف إعداد خطة إستراتيجية لتنفيذ نظام محلي للسجلات الطبية الإلكترونية لمركز Sunnybrook للعلوم الصحية في كندا، وقد تم تحليل ٦٤ نوع من حقول البيانات بعد بناء قاعدة بيانات علائقية من عناصر البيانات المثلة في نماذج البيانات البيوجرافية للمرضى، العلامات الحيوية، أوامر الطبيب. توصل الباحثون إلى أن هناك ازدواجية على مستوى عالٍ بحقوق البيانات ولا توجد آلية لضمان عدم ازدواجية تلك البيانات في السجلات الورقية مما أدى إلى عدم سلامة البيانات فانعكس ذلك على كفاءة الرعاية المقدمة للمرضى، ومن ثم عدم فعالية السجلات اليدوية وعدم فعالية البيانات الموجودة فيها، وأن النظم الآلية تساعد على تحسين كفاءة وفعالية نظم الرعاية الصحية.

١٠ / ١ التعليق على الدراسات السابقة:

- باستعراض الدراسات السابقة يمكن توضيح ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في النقاط التالية:
- تنصب الدراسة الحالية على مستشفى معهد الكبد القومي الذي يعد من أهم المستشفيات حيوية ونشاطا في علاج أمراض تهدد حوالي ٢٢% من المصريين.
 - بيئة الدراسة: تمت الدراسات السابقة في بعض دول أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، والقليل منها في الدول العربية في حين تميزت الدراسة الحالية بأنها طبقت على إحدى المستشفيات المصرية المتخصصة في علاج أمراض الكبد المتوطنة في مصر.
 - من حيث الهدف: استهدفت معظم الدراسات السابقة تقييم التوثيق لنموذج واحد فقط، بينما استهدفت الدراسة الحالية ثلاثة نماذج بالسجل الطبي (الصفحة الأمامية، شيت الخروج، نموذج المتابعة).

١١ / ١ مصطلحات الدراسة:

- المريض الداخلي: هو المريض الذي تم قبوله ليدخل في مرفق الرعاية الصحية ويمكث بها مدة تزيد عن ٢٤ ساعة^(٣).
- المريض الخارجي العام: هو المريض الذي يراجع العيادات الخارجية دون موعد مسبق ولا يعتبر مرضى الإسعاف والطوارئ من هؤلاء المرضى^(٤).

(1) Tully M.P., Cantrill J.A. Insights into creation and use of prescribing documentation in the hospital medical record. J Eval Clin Pract, 2005.- PP 430-437.

(2) Geiger G., ...[et.al.]. An analysis of the paper-based health record: information content and its implications for electronic patient records. Medinfo. 1995; Pt 1:295.

(3) World Health Organization. Medical record Manual: a guide for Developing Countries. Ibid, p 112.

(4) World Health Organization. Medical record Manual: a guide for Developing Countries. Ibid, p 111

د. مريم صالح منصور

- الصفحة الأمامية: النموذج الأول في السجل الطبي ويدعى أيضا صفحة التعريف والملخص^(١).
- الرعاية الثالثة: رعاية استشارية متخصصة وتشمل تشخيص وعلاج المرضى وتقديم خدمات تشخيصية متقدمة من خلال وحدات متخصصة مثل (العناية المركزة) والعاملون فيها على درجة عالية من التخصص وعادة ما تكون مميزة في الرعاية وتقديم رعاية مركزية إلى حد كبير لسكان منطقة كبيرة وفي بعض الحالات على مستوى العالم^(٢).
- الفحص السريري أو الفحص البدني (Physical examination): هو الفحص الذي يجريه الطبيب للمريض مستخدما قوة الملاحظة وحواسه، كما قد يستعين بمعدات بسيطة للفحص على سرير المريض مثل السماعطة الطبية، ولكن بدون استخدام الوسائل الحديثة والمعقدة للتشخيص كالأشعة والفحوصات المعملية أو التصويرية وما شابهها^(٣).
- الصحة الإلكترونية: هي الاستخدام الموحد لتقنية المعلومات والاتصالات الإلكترونية في القطاع الصحي^(٤).
- التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة ICD: هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية (WHO) بنشره ومراجعته كل عشر سنوات. يتم تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل رموز تتكون من ٦ أرقام، ووصف تفصيلي للأمراض والإصابات المعروفة- كل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف بكود (رمز) فريد. يستعمل حول العالم لإحصاءات الوفيات والمرضى. ينشر من قبل منظمة الصحة العالمية. يراجع بشكل دوري كل ١٠ سنوات. وحاليا في طبعته العاشرة، المعروفة بالتصنيف الدولي للأمراض ICD-10، مترجم إلى ٤٢ لغة، ويوجد من إصداراته معدلة حسب احتياجات الدول، مثل: ICD-10CA كندا، ICD-10AM أستراليا، ICD-10PHI Fiji, Romania^(٥).

ثانيا: الجانب النظري:

١ / ٢ مفهوم التوثيق:

١ / ١ / ٢ التوثيق لغة:

مصدر لفعل وثق بمعنى أحكم الأمر، والتوثيق لغة له عدة معان منها: الأحكام: يقال وثق الشيء بضم الثاء وثاقه: قوي وثبت، فهو وثيق، ثابت محكم^(٦). ومنها الائتمان: يقال: وثقت بكسر التاء به أثق بكسرهما ثقة ووثوقا: ائتمنه^(١). ويطلق على الشد والروابط من الوثاق: وهو ما يشد به من حبل وقيد ومنه قول تعالى (فَشُدُّوا الوثَاقَ) سورة محمد (الآية ٤).

(1) World Health Organization. Medical record Manual: a guide for Developing Countries. Ibid, p 111

(2) "tertiary health care". Mosbly's Medical Dictionary, 8th edition. 2009. Elsevier 19 Apr. 2015 <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/tertiary+health+care>.

(3) web: available at:

<http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%81%D8%AD%D8%B3%D8%B1%D9%8A> Accessed at: [4/8/2013].

(4) ويب <http://www.moh.gov.sa/Ministry/nehs/Pages/Ehealth.aspx> تاريخ الوصول [٢٠١٤/٧/١٥].

(5) <http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B5%D9%86%D9%8A%D8%B1%D9%8A>. Accessed at: [4/8/2013].

(6) أحمد مختار عبد الحميد عمر. معجم اللغة العربية المعاصرة، جذر: وثق. ط. عالم الكتب: القاهرة ٢٠٠٨.

متاح على <http://oudanad.net/spip.php?aricales60#sthash.ZpC966H.dpuf> تاريخ الوصول [٢٠١٣/٩/٣].

٢ / ١ / ٢ التوثيق اصطلاحاً

علم التوثيق: هو ذلك العلم الذي ينظم سير العلاقات بين الناس، ويحدد معالم ذلك التعامل طبقاً للنصوص الشرعية واجتهادات الفقهاء، وما جرى به عمل القضاة من غير إغفال عرف الناس وعاداتهم. فهو إذن علم يبين عناصر كل اتفاقية معقودة بين شخصين أو عدة أشخاص، ويضمن استمرارها، ويحسم مادة النزاع بين الأطراف المتعاقدة، موضحاً لكل من العاقد والمعقود له، ما له وما عليه من واجبات (٢).

٢ / ١ / ٣ التوثيق بمعناه العام:

هو التدوين والتسجيل المحكم، الذي يضمن الحفظ والبقاء للمعلومات والمدونات والمطويات على كافة أنواعها (٣).

٢ / ١ / ٤ التوثيق من وجهة نظر المتخصصين:

- عرف كل من بوتري وبيري (Potter & Perry ٢٠١٠م) التوثيق بأنه كل ما كتب يديوا أو الكترونياً لوصف حالة المريض والرعاية والخدمات المقدمة له (٤).
- كما عرفته كلية وجمعية للممرضين المسجلين (٢٠١٣) بأنه أي معلومات مكتوبة أو ولدت إلكترونياً حول العميل الذي يصف وضعه أو رعايته أو أي خدمات قدمت لهذا العميل (٥).
- والتوثيق الذي تقصده الباحثة في هذا البحث هو تدوين كل ما يتعلق بالمريض والرعاية المقدمة له منذ دخوله المستشفى سواء كان مراجعاً أو منوماً حتى خروجه حياً أو ميتاً.

٢ / ١ / ٥ الهدف من التوثيق في السجل الطبي:

١. يسهل التشخيص والعلاج، ويوصل المعلومات ذات الصلة إلى الغير من مقدمي الرعاية لضمان سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية، ويعد وثيقة قانونية هامة في مجال إدارة المخاطر.
٢. من أكثر الوسائل المستخدمة لتوصيل المعلومات عن أداء الممرضات، حيث تعتمد عملية قياس الأداء والتخطيط للرعاية الصحية والتمريضية على دقة التسجيل وكفاءة السجلات والتقارير.
٣. يحدد المسؤولية المهنية.
٤. تعرف بالمريض بشكل صحيح بالاعتماد على أكثر من عنصر قبل صرف الدواء وقبل أخذ أي عينات من الدم وغيرها.
٥. تحسين التواصل الفعال عن طريق توثيق التواصل اللفظي والهاتفي للأوامر أو نتائج التحاليل في شكل كتابي، ويتم قراءتها مرة أخرى بغرض تأكيد المعلومات.

(١) الفيروزآبادي، محمد ابن يعقوب. القاموس المحيط. ج ٣-٢ ط ٢. [م.د]: مؤسسة الرسالة، ١٩٩٦، ص ١٤.

(٢) ويب <http://www.pulpit.alwatanvoice.com/aticles/2005/12/01/31621/html> تم الوصول إليه في [٢٠١٤/١/٢٠].

(٣) أحمد فتحي النجار. القواعد الفعلية لتوثيق وأرشفة العمل الخيري متاح على <http://www.hdevelop.org/artilces21.html> تاريخ الوصول [٢٠١٤/٦/١٣].

(٤) Potter, PA., Perry, AG. (2010). Canadian Fundamentals of nursing. Toronto, ON: Elsevier Canada. P 212.

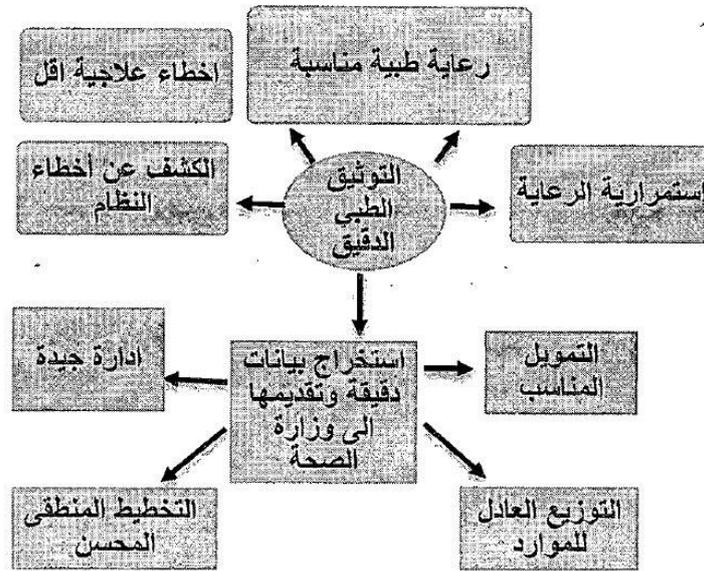
(٥) College and Association of Registered Nurses of Alberta (2013). Documentation Standards for Regulated Members. Edmonton. Available at: http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/Standards/DocumentaionStadrds_Jan2013pdf Accessed at [5/6/2014].

د. مريم صالح منصور

٦. تحسين الوقاية من تناول الأدوية الخطأ: هناك من الأدوية ما يقع تحت نسبة عالية من الخطأ يعرف بـ High-alert medications، وهناك أدوية عالية الخطورة وقد تسبب تفاعل عكسي، هذه الأدوية قد تبدو متشابهة في الاسم أو طريقة النطق أمثلة: (١) concentrated electrolytes as potassium chloride 2 mg/ml concentrated.

٦ / ١ / ٢ التوثيق الجيد وعلاقته بجودة الرعاية الصحية:

بالنظر إلى الشكل رقم (٢)، يتضح أنه هناك علاقة وثيقة بين التوثيق الجيد والمكتمل في سجل المريض وجودة الرعاية الصحية المقدمة له، وتفادي الأحداث السلبية مثل (الأخطاء الدوائية)، ويحافظ على استمرارية الرعاية، كما يقدم أدلة على أن الرعاية كانت مناسبة في جميع النواحي، علماً بأن نقاط الضعف في التوثيق تزيد من هامش الخطأ الذي يؤدي بدوره إلى إصابة المريض أو أن يكون عائقاً أمام دفاع الطبيب عن نفسه أمام القضاء. كما يعطي التوثيق معلومات كافية تساعد في رصد الميزانيات المناسبة لقطاع الصحة والتخطيط العادل للموارد، ومن ثم رفع كفاءة الأبحاث العلمية والتعليم المستمر للأطباء.



شكل رقم (٢) يوضح تأثير التوثيق الجيد والمكتمل على رعاية المرضى وقطاع الرعاية الصحية

٧ / ١ / ٢ المبادئ التوجيهية للتوثيق:

١. يجب أن يكون السجل الطبي كامل ومقروء.
٢. ينبغي أن يتضمن توثيق كل لقاء للمريض:
 - تاريخ اللقاء.
 - سبب اللقاء.
 - تاريخ الفحص البدني الكامل مرتبطاً مع شكوى المريض.
 - مراجعة المعامل (المختبرات)، الأشعة السينية، والخدمات المساعدة، الأوامر-إذا لزم ذلك.
 - التقييم وخطة الرعاية (بما في ذلك خطة الخروج- إذا كان ذلك ممكناً).
٣. يجب أن توثق كل التشخيصات السابقة والحالية للوصول إلى علاج/ أو استشارة الطبيب.

(١) Wood D.L. (2001). Documentation guidelines: evaluation future direction and compliance. American J. Medicine 110:332-334.

د. مريم صالح منصور

٤. يجب أن توثق نتائج أسباب الأشعة السينية والاختبارات المعملية والخدمات المساعدة الأخرى أو المدرجة في السجل الطبي ونتائجها.
٥. ينبغي تحديد عوامل المخاطر الصحية ذات الصلة.
٦. يجب توثيق تقدم المريض بما في ذلك الاستجابة للعلاج والتغيير في المعاملة والتغيير في التشخيص عند الاقتضاء.
٧. ينبغي أن يتضمن التوثيق خطة مكتوبة للرعاية تشمل:
 - العلاج والأدوية وتحديد مواعيد الجرعة.
 - الإحالات والمشاورات وتعليم المريض والأسرة.
٨. ينبغي أن يوثق في لقاء المريض تقييم المريض/ أو العلاج بما في ذلك الإجراءات والتعقيدات الطبية وأثر ذلك على صنع القرار وصلة بالشكوى الرئيسية للمريض.
٩. يجب أن تكون جميع الإدخالات بالسجل الطبي موثقة ومؤرخة.
١٠. يجب أن يستخدم التصنيف العالمي (ICD-10) للأمراض والتشخيص والعمليات^(١).

٨ / ١ / ٢ الآثار القانونية المترتبة على التوثيق:

سجل رعاية المريض هو بمثابة وثيقة قانونية هامة. فهو يوفر المعلومات التي تظهر إتمام الرعاية، كما يمكن استخدام التوثيق في الإجابة على الأسئلة أو الاستفسارات عند المسائلة وتوفير الرعاية. والتوثيق لكثير من الأحداث في وقت حدوثها مهم جدا للمريض من لحظة دخوله المستشفى وتلقيه الرعاية الصحية حتى خروجه، ويستخدم التوثيق لتحديث ذاكرة الطبيب / الممرضة إذا ما تم استدعائهم للأدلاء بالشهادة أمام المحكمة. ويستخدم التوثيق السريري في المحكمة لإعادة بناء الأحداث، والتثبت من الوقت والتاريخ، وحل النزاعات وإقامة الدليل. ويوفر التوثيق الجيد معلومات محددة (من، ماذا، متى، أين، كيف، ولماذا) عن الرعاية الفعلية التي قدمها الطبيب/ الممرضة، ومدى استجابة المريض لتلك الرعاية. كما يستخدم التوثيق للتأكد من أن مقدمي الرعاية للمريض (الطبيب/ الممرضة) كانوا أمناء، واتباعوا معايير وإجراءات الرعاية في الوقت المناسب طبقا للسياسات المنظمة لذلك. وعند تحديد معلومات خاصة يجب أن تدرج تلك المعلومات في السجل الطبي للمريض. وينبغي عند طلب نوع معين من المعلومات من سجل رعاية المريض، إتباع التشريعات والمعايير المنظمة والمعمول بها طبقا لسياسة المستشفى^(٢).

ثالثا: مفهوم السجل الطبي وأهميته:

١ / ٣ تعريف السجل الطبي:

هو وثيقة قانونية تعكس وقائع من التاريخ الطبي للمريض، والذي يشمل تاريخ المريض الطبي والشكاوى، والنتائج المادية والطبية، ونتائج الاختبارات التشخيصية والأدوية والإجراءات العلاجية^(٣) (٤).

(١) Web: Available at:

<http://www.msdc.org/memeberCanter/10PrinciplesofDocumenteationforMedicalRecords.shtml>.
Accessed at [5/3/2014].

(٢) College and Association of Registered Nurses of Alberta. Ibid.

(٣) Stedman, T. L. (2000). Medical dictionary. Philadelphia: Lippincot Williams 27th ed. USA. Available at:
<http://ww.lww.com/stedmans>. Accessed at [6/11/2013].

(٤) World Health Organization. Medical Record Manual. Ibid, P7.

٢ / ٣ أغراض السجلات الطبية (١) (٢):

- توثيق سير المريض لدى المريض ومتابعة معالجته.
- التواصل بين الأطباء الذين يقدمون الرعاية للمريض ومقدمي الرعاية الآخرين.
- استمرارية الرعاية الصحية للمريض.
- إمكانية عمل أبحاث نوعية معينة من الأمراض ومعالجته.
- جمع الإحصائيات الطبية.
- يمثل قاعدة بيانات تفصيلية لتخطيط رعاية المرضى من قبل جميع الممارسين.
- حماية المصالح القانونية للمريض والطبيب المسؤول عن المريض والمستشفى.
- توفر البيانات التي تستخدم في مجالات الجودة وإدارة الموارد، والفواتير، والتعليم، والبحوث.

٣ / ٣ أقسام السجل الطبي:

يتكون السجل الطبي من أربعة أقسام رئيسة كما هو مبين بالشكل رقم (٣) هي:

١ / ٣ / ٣ البيانات الإدارية administration Data

ويتضمن على بيانات إدارية كافية تعرف بالمريض وتكشف بعض الجوانب الشخصية التي قد يكون لها ارتباط بالحالة المرضية التي يعاني منها. وهذه البيانات تشتمل على ثلاثة أنواع من البيانات هي:

١. بيانات ديموغرافية: Demographic Data

وتشتمل على اسم المريض والرقم القومي وتاريخ الميلاد والجنس والعنوان ورقم الهاتف وعنوان أحد أقرباء المريض أو أصدقائه للرجوع إليه عند الحاجة.

٢. بيانات اجتماعية واقتصادية: Socioeconomic Data

وتشتمل على الحالة الاجتماعية للمريض، والمهنة ومكان العمل والجنسية.

٣. بيانات الإدخال: Admission Data

وتشتمل الرقم الطبي، واسم الطبيب المعالج وتاريخ الدخول إلى المستشفى ورقم الغرفة التي التحق المريض بها ورقم السرير وتاريخ الخروج وأيام الإقامة.

٤. بيانات مالية: Financial Data

وتشتمل على بيانات الجهة التي سوف تغطي التكاليف المالية (تأمين صحي) - تعاقد مؤسسي - علاج على نفقة الدولة - حساب شخصي).

٢ / ٣ / ٣ البيانات الطبية: Clinical Data

(1) World Health Organization. Medical Record Manual. Ibid, PP 7-8.

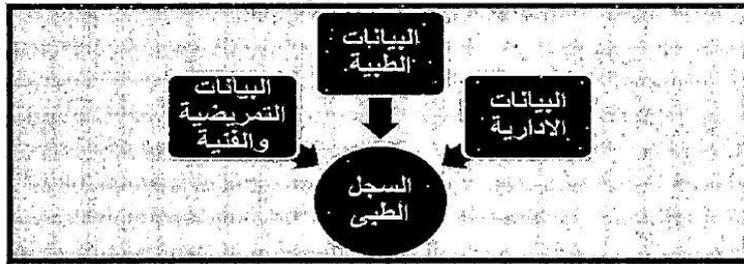
(2) Joan S. (2011). Documentation Requirements for the Medical Record. Administrative-Medical Staff. 8P. Available at: http://www.ncqa.org/ports/0/policyupdates/supplemental/guidlines_medical_record.pdf Accessed at [16/5/2014].

د. مريم صالح منصور

البيانات الطبية تغطي كافة الجوانب الطبية المتعلقة بالحالة المرضية بشكل واضح وشامل ودقيق، موثق بالتوقيع والتاريخ والساعة، وتتسلسل يتناسب مع متطلبات التشخيص وتنفيذ الخطة العلاجية ومتابعتها.

٣ / ٣ / ٣ البيانات التمريضية والفنية:

هي كافة البيانات التي تسجل من قبل الفريق الطبي والممرضين والمعالجين النفسيين والصيادلة وأخصائي التغذية وغيرهم من له الحق في التوثيق بالسجل الطبي للمريض، لتسجيل ملاحظاتهم حول الخدمات التي يقدمونها للمريض بناء على الخطة العلاجية الموضوعية سلفاً من قبل الفريق الطبي. وهيئة التمريض الدور الرئيس في هذا المقام، لأنهم هو الذين ينفذون الجزء الأكبر من الخطة العلاجية. كما أن المريض يظل تحت المراقبة المباشرة والغير المباشرة على مدار ٢٤ ساعة من قبل هيئة التمريض. فالممرضة تعمل على تنفيذ الأوامر التي يصدرها الطبيب وتراقب مدى استجابة المريض للبرنامج العلاجي كما تقوم بتمرير المعلومات للطبيب المشرف أولاً بأول^(١).



شكل رقم (٣) يوضح محتويات السجل الطبي

المصدر: من إعداد الباحثة

٤ / ٣ دورة حياة السجل الطبي للمريض:

يقصد بدورة السجل الطبي للمريض العملية التي تبدأ بفتح سجل له تمهيدا لتحويله إلى عيادة الممارس العام (General Practitioner) أو المتخصص أو إلى الأقسام الداخلية بالمستشفى والتي تنتهي بتوجيه سجله الطبي إلى قسم السجلات الطبية بعد استكمال إجراءات فحصه وعلاجه كما هو موضح بالشكل رقم (٤). وفيما يلي تفصيل هذه الدورة:

الحالة الأولى: في العيادات الأولية بالمستشفى:

في غير الحالات الطارئة، يعتبر مكتب تسجيل المرضى أول خطوات تسجيل المريض بالمستشفى، إذ يتم فيه التعرف على هويته وضمه إلى جموع المرضى المسجلين سابقاً، وفق أنظمة المستشفى المتعلقة بأحقية العلاج، وتبعاً للتخصصات المتاحة. وتبدأ عملية فتح السجل الطبي للمريض المراجع لأول مرة بتدوين البيانات المتعلقة باسمه وتاريخ ميلاده وجنسيته وعنوانه، وعنوان أحد أقاربه أو أصدقائه للاتصال به في حالات الطوارئ أو عند تعذر الاتصال بالمريض. يلي ذلك ترقيم السجل الطبي وإعطاء المريض بطاقة المراجعة الطبية الخاصة به. ويوجد بعد ذلك سجله الطبي إلى العيادة الأولية التي تتناسب مع حالته المرضية، حيث يتم الاستماع إلى المريض واتخاذ كافة التدابير العلاجية المناسبة، ثم يرسل السجل إلى قسم السجلات الطبية لحفظه. أما إذا استوفت العيادة الأعداد المحددة لها من المرضى فيرسل سجله إلى قسم السجلات الطبية ويحدد له موعد لاحق لمراجعة العيادة المطلوبة.

(١) موسى طه العجلوني. إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحديثة=Medical Records Management In Modern Hospitals. ط٢. دار الفكر:

د. مريم صالح منصور

أما المريض غير المراجع لأول مرة فتكون لديه عادة بطاقة "المواعيد" التي تتم عن طريقها عملية استحضار سجله الطبي من قسم السجلات الطبية وتحويله مباشرة إلى العيادة التي يراد مراجعتها.

الحالة الثانية: في العيادات التخصصية بالمستشفى:

تبدأ دورة السجل الطبي للمريض في هذه العيادات بمكتب المواعيد حيث يتم:

- التأكد من أسبقية تسجيل المريض ومن خطاب الإحالة الموجه سواء من العيادات الأولية أو من مستشفى آخر، حسب نظام الإحالة المعمول به.
- تحديد أقرب موعد للمرضى المحولين من العيادات الأولية إلى العيادات التخصصية وكذلك للمرضى تحت المتابعة، وإشعار قسم السجلات الطبية بأسماء هؤلاء المرضى وأرقام سجلاتهم لتأمينها حسب المواعيد المحددة لهم.
- مراجعة سجلات المرضى تحت المتابعة للتأكد من وجود نتائج الفحوص المعملية أو الإشعاعية التي تم طلبها في الزيارة السابقة وذلك قبل يوم من الموعد المحدد على الأقل. وتستكمل الفحوص اللازمة وتحدد جهة علاج الحالة عن طريق العيادة التخصصية على النحو التالي:

- العلاج والمتابعة في العيادات التخصصية.

- الإحالة إلى العيادات العامة.

- الإحالة إلى أخصائي آخر في العيادة التخصصية.

- إدخال المريض المستشفى استكمالاً لدراسة حالته أو لإجراء جراحة له.

- تحويل المريض إلى مستشفى أو مركز صحي آخر لمتابعة حالته.

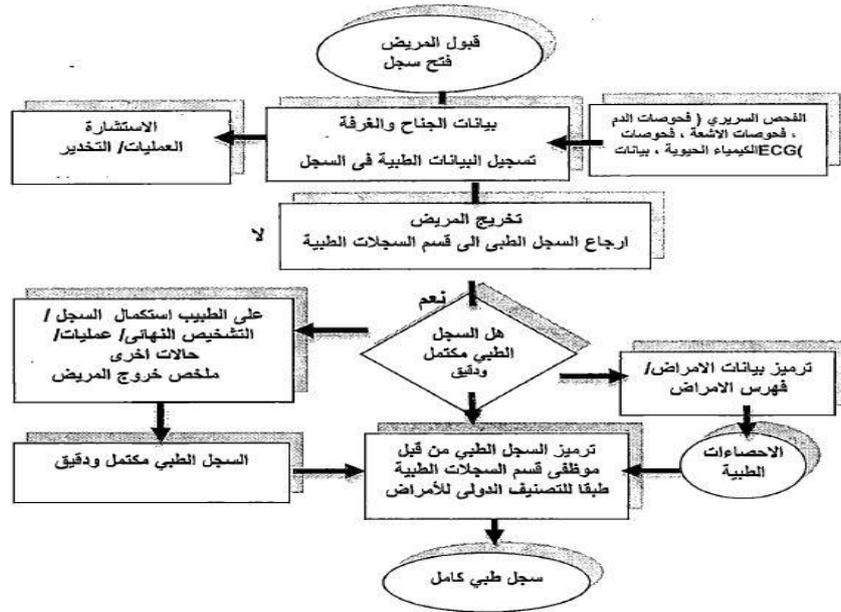
وفي جميع هذه الحالات يعد الأخصائي تقريراً يوضح فيه حالة المريض الصحية وما قام به من إجراءات، ومدى استجابة حالة المريض لها والتوصيات التي يقترحها. وعند الانتهاء من معاينة المريض في العيادة التخصصية، يرسل سجله الطبي إلى إدارة السجلات الطبية لحفظه.

الحالة الثالثة: في الأقسام الداخلية بالمستشفى:

يأتي المريض في حالة نزيف دموي، أو غيبوبة كبدية، فيتم إدخاله إلى الأقسام الخاصة بالتنويم غالباً عن طريق الأخصائيين في العيادات التخصصية، سواء قدم المريض أساساً عن طريق العيادات العامة أو عن طريق قسم الطوارئ، أو بتحويل من خارج المستشفى. وتتم عملية الإدخال بإجراء اتصال مع المكتب المختص للاستعلام منه عن مدى توافر أسرة في القسم، وبالتالي عن إمكانية حجز سرير للمريض. وفي حالة وجود سرير، يتم تحويل المريض إلى مكتب "إدخال المرضى" لإكمال الإجراءات النظامية لإدخاله واستحضار سجله الطبي من قسم السجلات الطبية. وبعد إدخال المريض إلى المستشفى يقوم "مكتب الإدخال" بإشعار الأقسام المعنية بذلك، ثم تعبأ بطاقة بها اسم المريض ورقم سجله وتاريخ إدخاله واسم الطبيب المعالج، وتعلق هذه البطاقة على لوحة موضحة بها أرقام الغرف والأسرة في المستشفى بحيث تحتل البطاقة المكان المحدد لرقم السرير وغرفة المريض بما يتيح إمكان معرفة الغرفة الشاغرة بسهولة. وفي حالة عدم وجود سرير، أو في حالة رغبة المريض تأجيل دخوله المستشفى، يعاد السجل إلى قسم السجلات الطبية، ويدرج اسمه في قائمة الانتظار حسب توصية الطبيب المعالج، ويعطى المريض في هذه الحالة بطاقة يحدد فيها موعد حضوره. ويعد مكتب الإدخال قائمة بأسماء وأرقام المرضى الذين تقرر إدخالهم المستشفى قبل الموعد المحدد لإدخالهم بيومين على الأقل، ويرسلها إلى قسم السجلات الطبية لتأمين سجلاتهم في اليوم السابق لموعد دخولهم. وعند خروج المريض من المستشفى يرسل سجله الطبي بمعرفة محطة التمريض إلى الطبيب المعالج

د. مريم صالح منصور

لكتابة خلاصة الخروج (Discharge Summary) ومن ثم يحول إلى قسم السجلات الطبية لحفظه^(١).



شكل رقم (٤) يوضح دورة حياة السجل الطبي

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على دليل منظمة الصحة العالمية^(٢).

٣/ ٥ النماذج الطبية الأساسية: Basic Medical Forms

هناك عدد معين من النماذج الطبية الأساسية التي يجب توافرها في السجل الطبي لكل مريض يدخل المستشفى بصرف النظر عن حالته المرضية ونوع وحجم المستشفى الذي يعالج فيه. وتعتبر هذه النماذج أساسية لأنها تعكس الحد الأدنى من العناية الطبية التي يجب أن تقدمها المستشفى لكل مريض. وبين شكل رقم (٥) النماذج الطبية الأساسية التي يجب توافرها في السجل الطبي^(٣). وهذه النماذج تغطي كافة مراحل وخطوات العناية الطبية الرئيسية التي يجب أن يحصل عليها كل مريض في المستشفى.

Admission and Discharge Record	نموذج الدخول والخروج
Authorization/ Consent Form	نموذج التفويضات / الموافقات
Medical History	نموذج السيرة المرضية
Physical Examination	نموذج الفحص السريري
Orders Doctor	نموذج أوامر الطبيب
Laboratory Investigations Report	نموذج نتائج الفحوصات المعملية
X-Ray Investigations Report	نموذج نتائج فحوصات الأشعة
Progress Notes	ملاحظات تقدم حالة المريض
Nursing Notes	ملاحظات التمريض
Vital Signs/Graphic Sheet	نموذج العلامات الحيوية

(١) World Health Organization. Medical Record Manual. Ibid. p 65.

(٢) حسان الجستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة: المملكة العربية السعودية، ١٩٩٩م.

(٣) World Health Organization. Medical Record Manual. Ibid. pp 11-12.

د. مريم صالح منصور

Infection Record	نموذج العدوى
Discharge Summary	ملخص الخروج

شكل رقم (٥) يوضح النماذج الطبية الأساسية التي يجب توافرها في السجل الطبي

رابعاً: الدراسة التحليلية:

١ / ٤ نبذة تعريفية عن المستشفى حالة الدراسة:

١ / ١ / ٤ / ١ / ٤ النشأة:

يرجع الفضل الأكبر في إنشاء معهد الكبد القومي بشبين الكوم إلى الأستاذ الدكتور/ يس عبد الغفار رحمه الله ومجموعة من أفضل وأرقى أطباء مصر الذين تفاعلوا في مساعده لتحويل هذا الحلم. أنشئ كمعهد متخصص لعلاج أمراض الكبد في مصر والعالم العربي طبقاً للقرار الوزاري رقم ١٢٥٦ بتاريخ ٧ / ٢١ / ١٩٨٥ م. اختيرت محافظة المنوفية مكاناً لإنشاء هذا المعهد لتوسطها محافظات الوجه البحري، حيث تتعاظم نسبة الإصابات الكبدية بين سكان محافظات وسط الدلتا، وبدأ العمل به في مارس ١٩٨٧ م.

٢ / ١ / ٤ / ٢ / ١ / ٤ مستشفى أمراض الكبد:

أنشئ مستشفى معهد الكبد بتاريخ ١٨ / ٥ / ١٩٩١ م كوحدة ذات طابع خاص وذلك بهدف المساهمة في توفير الرعاية الصحية للمواطنين في ظروف ميسرة في التخصصات الطبية المتعلقة بأمراض الكبد، وتوفير الإمكانيات اللازمة للبحوث الطبية، والقيام بواجبها في التعليم والتدريب، والبحث العلمي، مع إتاحة الفرصة كاملة لجيل من أعضاء هيئة التدريس والهيئة المعاونة والأطباء والمرضى ليكونوا قادرين على سد حاجة الشعب في جميع مجالات الخدمة الطبية لمرضى الكبد بمصر والعالم^(١).

٣ / ١ / ٤ / ٣ / ١ / ٤ وحدة زراعة الكبد:

بدأ العمل بوحدة زراعة الكبد بقرار المجلس الأعلى للجامعات رقم (٥٦) بتاريخ ١٤ / ٥ / ٢٠٠٦ م كوحدة ذات طابع خاص.

٥ / ١ / ٤ / ٥ / ١ / ٤ الأقسام العلمية:

أولاً: الأقسام الإكلينيكية:

- قسم طب الكبد.
- قسم الجراحة الإكلينيكية للكبد والقنوات المرارية.
- قسم أمراض الكبد في الأطفال.
- قسم التشخيص الإشعاعي والتصوير الطبي.
- قسم التحاليل الطبية وأمراض الدم والمناعة.
- قسم الصحة البيئية للكبد.
- قسم التخدير والعناية المركزية.
- قسم علاج أورام الكبد والطب النووي.

ثانياً: الأقسام الأكاديمية:

- قسم الكيمياء الحيوية والإكلينيكية.

(١) معهد الكبد القومي. دليل المعهد والمستشفى. مطابع جامعة المنوفية: شبين الكوم. ٢٠٠٥. ص ص ٤-١٥.

د. مريم صالح منصور

- قسم الطفيليات.
 - قسم علم الأمراض (الباثولوجي).
 - قسم علم الفيروسات والكائنات الدقيقة (الميكروبيولوجي).
 - قسم العلوم الطبية والإنسانية (التشريح وعلم الأنسجة، علم وظائف الأعضاء، والفارماكولوجي).
- ثالثا: الأقسام الداخلية:

تتكون الأقسام الداخلية من ثمانية أقسام هي (قسم الباطنة، قسم الجراحة، قسم الأطفال، قسم العناية المركزة، قسم الاستقبال، قسم المناظير، قسم الزرع، قسم جناح كلية).

في عام ٢٠١٣م، ضم مستشفى معهد الكبد القومي عدد (١٤١) سريرا، موزعة على الأقسام الداخلية بالمعهد كما هو مبين بالجدول رقم (٢)، كما يوجد عدد (١٥) عيادة خارجية، بالإضافة إلى عدد (٣) عرفة للعمليات. وهناك مبنى جديد سيلحق بمستشفى المعهد يتكون من خمسة أدوار بسعة ٣٠٠ سرير^(١).

جدول رقم (٢) يوضح توزيع الأسرة بمستشفى معهد الكبد القومي

م	القسم	عدد الأسرة	النسبة المئوية
١	الباطنة	٣٦	٢٥,٥١%
٢	الجراحة	١٦	١١,٣٢%
٣	الأطفال	١٥	١٠,٦٠%
٤	الحضانة	٦	٤,٢٤%
٥	الفوتو	٤	٢,٨٢%
٦	المناظير	٨	٥,٦٥%
٧	عناية مركزة (باطنة)	٨	٥,٦٥%
٨	عناية مركزة (جراحة متوسطة)	٨	٥,٦٥%
٩	الاستقبال	١٣	٩,٢١%
١٠	جناح كلية	٦	٤,٢٤%
١١	جناح الزرع	٦	٤,٢٤%
١٢	الغسيل الكلوي	٢	١,٤٢%
١٣	عناية مركزة (زرع)	٥	٣,٥٣%
١٤	الأنجو والعينات	١٣	٩,٢١%
	المجموع	١٤١	١٠٠%

٤ / ١ / ٥ إحصائية بأعداد المرضى بالعيادات الخارجية والأقسام الداخلية في عامي ٢٠١٣م، ٢٠١٤م:

٤ / ١ / ٥ أعداد المرضى بالعيادات الخارجية:

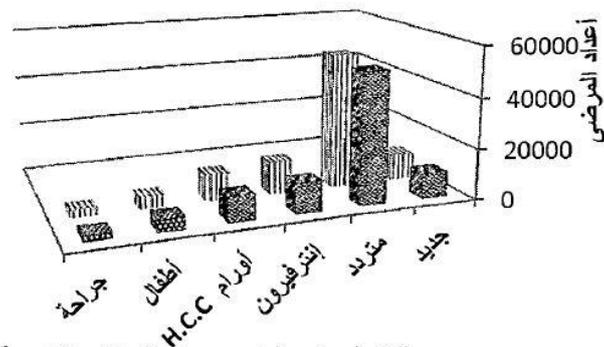
(١) معهد الكبد القومي، المرجع السابق، ص ٣٧.

د. مريم صالح منصور

بلغ إجمالي أعداد المرضى المتكردين بمختلف العيادات الخارجية ٩٣٠٧٥ مريض في عام ٢٠١٣م، بينما كان إجمالي أعداد المرضى المتكردين في عام ٢٠١٤م هو ٩٥٢٤١ مريض، مما يدل على زيادة المرضى المصابين بفيروس (س)، كما هو موضح بالجدول رقم (٣)، والشكل رقم (٦).

جدول رقم (٣) يبين أعداد مرضى العيادات الخارجية بالأقسام محل الدراسة

الحالة	العام	٢٠١٣م	٢٠١٤م
جديد		١٠٢٠٠	١٠٤٢٥
متكرر		٥٢٠٥٢	٥٣٣٢٠
إنتفرون		١٢٥٠٠	١٢٧٩٦
أورام H.C.C		١٠٥٠٠	١٠٧٠٤
أطفال		٥٠٠٠	٥٠٢٤
جراحة		٢٨٥٠	٢٩٧٢
المجموع		٩٣٠٧٥	٩٥٢٤١



حالات المرضى المتكردين على العيادات الخارجية

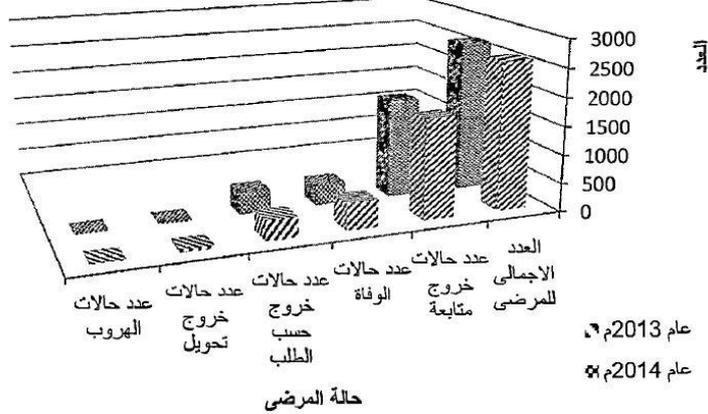
٤ / ١ / ٥ / ٢ أعداد المرضى الداخليين:

بالنظر لأعداد المرضى الداخليين في عامي ٢٠١٣م، و ٢٠١٤م، جدول رقم (٤)، شكل رقم (٧). نجد عدم وجود زيادة في أعداد المرضى، وذلك لمحدودية عدد الأسرة. كما يلاحظ أن نسبة الوفيات كبيرة، فقد بلغت حوالي ١٨%. ويرجع ذلك إلى وجود أخطاء طبية أدت إلى هذا الارتفاع في نسبة الوفيات. أما من حيث وجود حالات هروب لبعض المرضى، فسؤال هيئة التمريض تبين أن سبب الهروب هو تكلفة العلاج وبخاصة للمرضى الذين ليس لديهم مصدرا لتمويل علاجهم سوى أنفسهم. وفي حالات الهروب يتم عمل محضر للحالة في قسم الشرطة، ويرفق صورة منه بسجل المريض. وهناك حالة خروج تعرف بالخروج عند الطلب وفيها يتم خروج المريض بناء على طلب مقدم من أهله، وفي هذه الحالة يتم كتابة إقرار موقع عليه ومرفق به صورة بطاقة الرقم القومي لمقدم الطلب، ومن ثم يتم عمل إذن خروج للحالة ويحفظ بالسجل الطبي للمريض.

د. مريم صالح منصور

جدول رقم (٤) أعداد المرضى بالأقسام الداخلية في عامي ٢٠١٣ و ٢٠١٤م

العنصر	العام	٢٠١٣	٢٠١٤
إجمالي أعداد المرضى		٢٦١٢	٢٦٧٥
عدد حالات خروج متابعة		١٧٤٢ (%٦٧)	١٨٩٢ (%٧١)
عدد حالات الوفاة		٤٦٦ (%٦٧)	٣٦٤ (١٣,٦)
عدد حالات خروج حسب الطلب		٣٤٨ (%١٣)	٣٨٢ (%١٤)
عدد حالات خروج تحويل		٤١ (%١,٦)	٢٧ (%١)
عدد حالات الهروب		١٥ (%٠,٦)	١٠ (%٠,٤)



شكل رقم (٧) يوضح حالات المرضى الداخليين

٣ / ٥ / ١ / ٤ القائمون بالإدخالات بالسجلات الطبية بمعهد الكبد القومي:

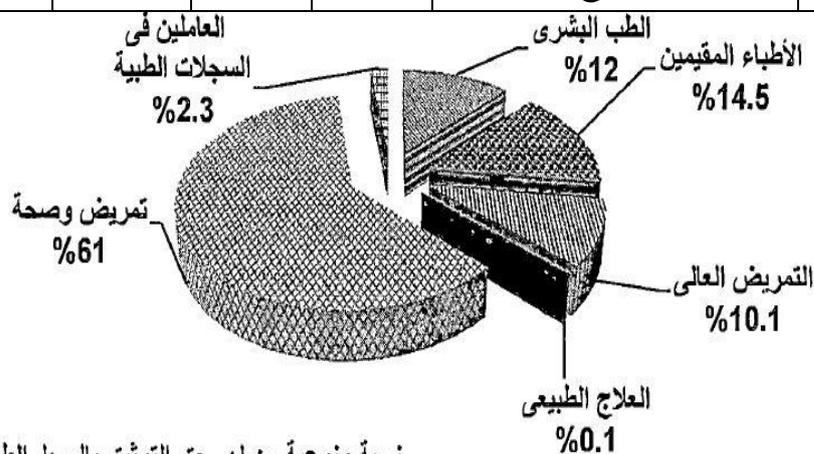
الذي يقوم بالتوثيق في السجلات الطبية هو الشخص الذي يقدم الرعاية للمريض سواء كان من الأطباء أو هيئة التمريض بالمستشفى أو غيرهم من المهنيين المصرح لهم بذلك (جدول رقم ٥)، (شكل رقم ٨).

جدول رقم (٥) يوضح من لهم الحق في التوثيق بالسجل الطبي

م	النوع الفئتي	ذكور	إناث	المجموع	النسبة المئوية
١	الطب البشري	٤١	١٦	٥٧	%١٢
٢	الأطباء المقيمين	٢٥	٤٤	٦٩	%١٤,٥
٢	التمريض العالي	-	٤٨	٤٨	%١٠,١
٣	العلاج الطبيعي	٢	١	٣	%٠,١

د. مريم صالح منصور

٤	تمريض وصحة	٥٩	٢٣١	٢٩٠	٦١%
٥	العاملين في السجلات الطبية	٦	٥	١١	٢,٣%
	المجموع	١٣٣	٣٤٥	٣٧٨	١٠٠%



نسبة ونوعية من لهم حق التوثيق بالسجل الطبي

شكل رقم (٨) يوضح عدد ونسبة من لهم الحق بالتوثيق في السجلات الطبية

من الجدول والشكل السابقين يتضح أن أكثر من لهم علاقة بالتوثيق في السجل الطبي هم هيئة التمريض وعلى الرغم من ذلك فقد تبين من الاطلاع على المعايير الأكاديمية لبرامج التمريض، عدم وجود أي إشارة في المهارات المعرفية لكيفية التوثيق في السجلات الطبية^(١). هذا ويجب أن يوفر التوثيق من قبل الأطباء وهيئة التمريض وصفا دقيقا وصادقا للأحداث لما وعندما وقعت للمريض، كذلك تحديد الذين قدموا له الرعاية بشكل دقيق.

٤ / ٢ تحليل بيانات نماذج السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي ومناقشة النتائج:

الغرض من تحليل البيانات هو استكشاف مدى دقة واكتمال التوثيق في السجلات الطبية بالمستشفى محل الدراسة. وقد استندت الدراسة على خصائص التوثيق الجيد في السجلات الطبية، كما ذكرها (بوتر ويري ٢٠١٠م)^(٢) وهي: الدقة، الاكتمال، التوقيت المناسب، التنظيم، السرية والأمن، مدى التوافق مع المعايير.

١. الدقة Accuracy:

يتطلب جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية معلومات دقيقة عن المريض لضمان وضع خطة الرعاية الشاملة والمنظمة. والتوثيق غير المكتمل وغير الدقيق قد يضع المريض في خطر^(٣). والدقة في تعيين الهوية الكاملة للمريض في وقت التسجيل. وذلك لتحديد المريض والتعريف به من خلال البيانات الديموغرافية "البيوغرافية" والشخصية على أن تكون كافية للسماح لنقل المعلومات في حالات الطوارئ.

١ / ١ وضوح الكتابة:

(1) National Academic Reference Standards (NARS) (2009). Medicine, 1st edition 20 p.

(2) Potter, PA, Perry, AG. (2010). Ibid, 212.

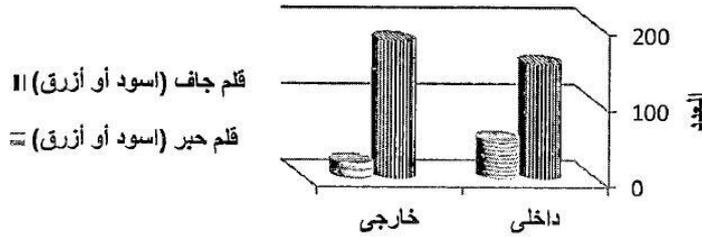
(3) Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO Coding Workshop September 2007. 15 p. Available at: http://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007_guidelines_for_clinical_doc.pdf Accessed at [2/3/2013].

د. مريم صالح منصور

وبفحص السجلات الطبية عينة الدراسة، تبين أن معظم التوثيق بالسجلات تم بقلم جاف أزرق أو أسود، والقليل منها وثق بقلم حبر أسود أو أزرق، كما هو مبين بالجدول رقم (٦) والشكل رقم (٩).

جدول رقم (٦) يوضح نوعية القلم المستخدم في التوثيق بالسجلات الطبية

النسبة المئوية	خارجي	النسبة المئوية	داخلي	القسم نوع القلم المستخدم
٩٠%	١٨٠	٧٥%	١٥٠	قلم جاف (أسود أو أزرق)
١٠%	٢٠	٢٥%	٥٠	قلم حبر (أسود أو أزرق)



شكل رقم (٩) يوضح نوعية القلم المستخدم في التوثيق

الجدول والشكل السابقين يشيران إلى تباين نوع القلم المستخدم في التوثيق بالسجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي. فنجد أنه تم استخدام القلم الجاف الأسود والأزرق في التوثيق بالسجلات في الأقسام الداخلية بنسبة (٧٥%)، بينما كانت النسبة (٩٠%) في سجلات العيادات الخارجية. وكان استخدام القلم الحبر سواء كان أسوداً أو أزرقاً في التوثيق بالأقسام الداخلية بنسبة (٢٥%)، وبنسبة (١٠%) في سجلات العيادات الخارجية. وهذا يدل على أن القليل من الأطباء وهيئة التمريض يستخدمون القلم الحبر في التوثيق وخاصة من قبل الأطباء الاستشاريين في سجلات قسم الجراحة الداخلية، وهذا يرجع لمكانة الطبيب العلمية وخبرته الكبيرة وإطلاعه على معايير التوثيق. وبما أن المعايير الدولية تنص على ضرورة استخدام القلم الحبر في التوثيق، حيث أن استخدام الحبر الأسود أفضل في الإستخدام في تكنولوجيا المسح الضوئي عند أرشفة سجلات المرضى، كما أن استخدام الأقلام الرصاص أو الأقلام الفسفورية الملونة يمكن أن تمحى أو يتم تغييرها، وغير مناسبة للتصوير الضوئي فيما بعد. كما يمنع استخدام الورق الملون حيث يصعب قراءته عند استخدام المسح الضوئي في الأرشفة، وذلك للمحافظة على استدامة بيانات المرضى^(١).

٢ / ١ الوضوح والتدقيق الإملائي:

الإملاء الصحيح يوضح مستوى من الكفاءة والاهتمام بالتفاصيل، والأخطاء الإملائية أو أي إداخلات غير مقروءة يمكن أن يؤدي إلى سوء تفسير المعلومات مما يسبب ضرراً فادحاً للمريض وربما يفرضي بحياته، وعلى سبيل المثال، أسماء بعض الأدوية مثل (ديجيتوكسين والديجوكسين أو المورفينول، هيدرومورفين) بها تشابه وتأثيرها قاتل إذا تم التبديل بينهما، لذا يجب نسخها بعناية لضمان أن المريض يتلقى العلاج الصحيح^(٢).

جدول رقم (٧) يبين وضوح عدم وضوح خط الأطباء وهيئة التمريض في التوثيق بالسجلات الطبية

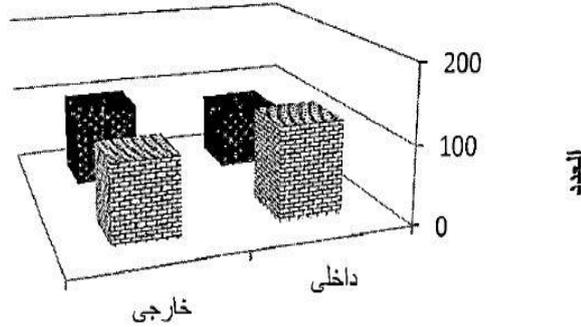
النسبة المئوية	خارجي	النسبة المئوية	داخلي	البيان العنصر

(١) Health Care Records-Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. Ibid, 17 p.

(٢) Potter, PA, Perry, AG. Ibid 212.

د. مريم صالح منصور

مقروء وواضح للجميع	١٢٠	%٦٠	١٠٠	%٥٠
يصعب قراءته من قبل المتخصصين وغير المتخصصين	٨٠	%٤٠	١٠٠	%٥٠
المجموع	٢٠٠	%١٠٠	٢٠٠	%١٠٠



■ يصعب قراءته من قبل المتخصصين وغير المتخصصين □ مقروء وواضح للجميع

شكل رقم (١٠) يوضح وضوح خط الأطباء

يبين الجدول رقم (٧) والشكل رقم (١٠) وضوح وعدم وضوح الخط الذي تم به التوثيق في السجلات الطبية من قبل مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء وهيئة التمريض). نجد أن الخط في سجلات الأقسام الداخلية كان مقروءا وواضح للجميع بنسبة (٦٠%)، بينما كانت نسبة الوضوح وسهولة قراءته للجميع (٥٠%) في سجلات العيادات الخارجية (٥٠%). أما في حالة عدم الوضوح الخط وصعوبة قراءته من قبل المتخصصين وغير المتخصصين، فنجد أن نسبته في سجلات الأقسام الداخلية بلغت (٤٠%)، وفي سجلات العيادات الخارجية بلغت (٥٠%). وبسؤال الأطباء في مقابلة شخصية عن الأسباب الكائنة وراء سوء الخط وخاصة في السجلات الطبية بالعيادات الخارجية، كانت الإجابة بأن كثرة عدد المترددين يوميا لا يعطي فرصة للتدقيق في الكتابة، ولذا يجب زيادة عدد الأطباء بالعيادات الخارجية للمستشفى للحد من الأخطاء الطبية الناتجة عن سوء الخط. ومن هذا يتضح خطورة سوء خط الأطباء في ضمان استمرارية رعاية المرضى بطريقة آمنة. إذ تقول المعايير المصرية والأمريكية يجب أن يكون السجل الطبي مقروءا لشخص آخر غير الطبيب الموثق (١) (٢). ويمكن تقسيم الأخطاء الطبية إلى فئتين، حرجة وغير الحرجة كما يلي:

١ / ٢ / ١ الأخطاء الطبية الحرجة:

هي أخطاء فادحة لديها القدرة على التأثير على سلامة المرضى والرعاية والعلاج ومن أمثلة ذلك استخدام المصطلحات غير الصحيحة ومنها:

- إغفال المعلومات التي يملها الطبيب للممرضة.
- إدخال معلومات غير محددة للهوية المهنية (طبيب، ممرض/ممرضة، أخصائي علاج طبيعي، أخصائي تغذية).
- تحديد خاطئ للمريض.

وبفحص السجلات عينة الدراسة، وسؤال الأطباء وهيئة التمريض تبين التالي:

(*) تقصد الباحثة بالجميع: الأشخاص الآخرين من مقدمي الرعاية الصحية وغيرهم.

(١) Egypt. Egyptian Hospital Accreditation Program. Standards. Ibid.

(٢) Kreuziger T. (1994). Documentation Standards for Medical Records. Group Health Cooperative. Vol.: V

number: CL.HIM.034.PP 1-4 Available at:
http://ghcsw.com/SiteCollectionDocumentation/Provider_Handbook/Document_Standerds_policy.pdf
Accessed at [2/3/2014].

د. مريم صالح منصور

- الأخطاء الناتجة عن التحديد الخاطئ للمريض تتم من قبل الأطباء عند لقاء المريض في حجرة الرعاية يشتهبه عليه مريض آخر بنفس الحجرة دون التوثيق في ملفه الطبي، فيكتب له علاج آخر.
- ومن الأخطاء التي ذكرتها الممرضة مرور أحد الأساتذة، فيوصي بعلاج آخر للمريض، فتغفل الممرضة عن كتابته، فيعرض المريض في الكثير من الأحيان إلى مضاعفات قد تؤدي بحياته.
- التشابه الكبير بين أسماء المرضى حتى الاسم الرابع، وبالتالي يحدث خلط كبير في المعامل بين تحاليل هؤلاء المرضى مما يسبب أخطاء فادحة في العلاج. ومن الأمثلة على إغفال المعلومات التي يملها الطبيب للممرضة ما يلي:
 ١. أملى الطبيب: يعطى المريض ٤٠ ملجرام من عقار اسيكس.
 ٢. كتبت الممرضة: المريض على ٤٠٠ ملجرام من عقار اسيكس.
 ٣. أملى الطبيب: لم يكن لديه نوبات من فقدان الوعي.
 ٤. كتبت الممرضة: كان لديه نوبات من فقدان الوعي.
 ٥. أملى الطبيب: Amaryl ٤ ملجرام مرتين يوميا.
 ٦. كتبت الممرضة: Amaryl ٤ ملجرام ثلاث مرات يوميا.

١ / ٢ / ٢ الأخطاء غير الحرجة:

- هذا النوع من الأخطاء لها تأثير على دقة وشمول ونزاهة التوثيق ولا تشكل خطرا فادحا على سلامة المريض، ومنها الإسهاب غير الصحيح في كتابة التقارير دون التأثير على المعنى الطبي. ومنها أيضا الأخطاء الإملائية، والمطبعية، والنحوية، وعلامات الترقيم، ورسملة الأسماء، الأدوية، الاختصارات، اللغة العامية، الخ^(١). كما حددت وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة الأمريكية (AHRQ) في تقريرها السنوي لعام (٢٠٠٣)، ثماني أسباب للأخطاء الطبية الشائعة بهدف القضاء عليها، وهذه الأسباب هي:
١. مشاكل الاتصالات: وهي من أكثر المشاكل شيوعا، والتي يترتب عليها مجموعة أخطاء طبية فادحة على كافة المستويات في الرعاية الصحية المقدمة للمريض.
 ٢. عدم كفاية تدفق المعلومات: وهذه تشمل عدم توافر المعلومات في الوقت المناسب، كنتائج المعامل، وتنسيق أوامر الطبيب، تقارير الأشعة... الخ.
 ٣. المشاكل البشرية: وتشمل الافتقار إلى المعرفة وعدم إتباع الإجراءات والمعايير في التوثيق، هذا يؤدي إلى تقديم رعاية صحية دون المستوى الأمثل.
 ٤. مشاكل متعلقة بالمريض: وتشمل الفشل في تحديد المريض بشكل لائق، والفشل في الحصول على موافقة مسببة للعلاج، وعدم كفاية تعليم المريض وتثقيفه. وبناء على هذا تلعب الممرضات دورا هاما في هذا الصدد، من حيث قيامهن باستخدام الوسائل التعليمية المختلفة لتثقيف المريض وتعريفه بحالته الصحية، وتأهيله نفسيا، وكيفية تعامله مع حالته أثناء تواجده بالمستشفى. ومن ثم توثيق تلك الوسائل ونتائجها لتحديد مدى فاعليتها، حيث يؤدي ذلك للتواصل الفعال وضمن استمرارية الرعاية المقدمة للمريض. ويجب توثيق بعض الجوانب حول تعليم المريض في سجله منها:
- التعليم المخطط له وغير المخطط له.

(¹) Health Care Documentation Quality Assessment and Management best Practices July 2010. Available at: <http://ahdionlinne.org/linkClick.aspx?fileticket=f3sQg96ixiQ%3D&tabid=601> Accessed at [15/4/2013].

- الوسائل المستخدمة في عملية التثقيف.
- طريقة التثقيف والتعليم (مكتوبة، سمعية، مرئية، ... الخ).
- مشاركة المريض والأسرة.
- تقييم أهداف التعليم مع التحقق عن مدى استيعاب المريض لكل ما تعلمه.
- يجب توثيق أي سلوكيات خطيرة على المريض من المريض ذاته: يجب على هيئة التمريض أن توثق بموضوعية كل السلوكيات الخاطئة التي تصدر من المريض والتي يكون لها آثار سلبية على المريض نفسه مثل:
 - تناول الأطعمة التي تم وضع عليها قيود من قبل الأطباء.
 - تهديد إيذاء النفس.
 - التجول عندما ينصح بالراحة في الفراش.
 - عدم الالتزام بمواعيد المتابعة.
 - عدم الالتزام بالمشورة الطبية.
 - رفض أو إساءة استخدام الأدوية.
 - العبث بالمعدات الطبية^(١).
- وبالإجابة على السؤال (رقم ٨ من قائمة المراجعة) اتضح عدم توثيق التعليم ووسائله للمريض وأسرته بالسجلات الطبية للمريض الداخلي، بل يتم الاكتفاء بالتعليمات الشفهية فقط. وبخصوص توثيق السلوكيات الخطرة سؤال (رقم ١١ من قائمة المراجعة)، كانت الإجابة نادرا ما توثق.
- ٥. نظام نقل المعرفة: ويشمل عدم كفاية التدريب والتعليم المستمر لمقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك الإجراءات المعمول بها في المستشفى. وبالإجابة على السؤال (رقم ٦٠ من قائمة المراجعة) من قائمة المراجعة تبين عدم وجود أي من الدورات التدريبية حول معايير وكيفية التوثيق بالسجلات الطبية لمقدمي الرعاية الصحية ومن لهم حق التوثيق في السجلات.
- ٦. التوظيف: عدم كفاية الموظفين وهيئة الإشراف انظر جدول رقم (٥).
- ٧. الأعطال الفنية: مثل تعطل المعدات، واستخدام معدات بالية، وعدم كفاية التدريب على استخدام تلك المعدات.
- ٨. قصور السياسات والإجراءات: عدم توثيق السياسات والإجراءات بشكل صحيح، أو عدم وجود مثل هذه السياسات والإجراءات، أو عدم كفاية تلك الإجراءات^(٢). ويسأل هيئة التمريض عن وجود سياسات مكتوبة ومعلنة لدى المستشفى لحفظ وتداول السجلات الطبية، كانت الإجابة بأنه لا توجد سياسات لتفعيل ما سبق ذكره. كما لا توجد سياسات مكتوبة ومعلنة للتوثيق في السجلات الطبية. ولمعالجة مثل هذه الأخطاء يجب العمل على:
 - تطوير فرص التدريب لجميع الأطباء والمرضات الجدد وجدولة فرص التعليم المستمر بشكل دوري لمعالجة المشاكل التي تعيق جودة البيانات.

(1) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2013) pp 9-11. Available at: <http://www.crnns.ca/documents/DocumentationGuiudelines.pdf> Accessed at [18/8/2014].

(2) Medical Errors and Patient safety Concerns. Reviews February/ By Wanda Lockwood, RN, BA, MA, 2014. Available at: <http://www.rn.org/courses/coursmaterial-135.pdf> Accessed at [9/12/2014].

د. مريم صالح منصور

- زيادة الوعي بقضايا الأخطاء الطبية والتوثيق الجيد ومردود ذلك على المريض والرعاية المقدمة له.
- تطوير الإجراءات التأديبية لمعالجة إشكالية الأخطاء الطبية.
- تطبيق مبادئ الجودة في التوثيق الطبي على أن يكون من صميم البرنامج الدراسي للأطباء وهيئة التمريض.
- تقييم العوامل التي تؤثر على نتائج التوثيق بما في ذلك سير العمل والوقت الذي يستغرقه، وعدم استخدام تكنولوجيا المعلومات بشكل كافي.
- وضع ميزانية كافية للأفراد والموارد والبرمجيات، والتعليم المستمر كنقطة انطلاق إلى التحسين في جودة التوثيق في السجلات الطبية.
- متابعة المبادئ التوجيهية للتوثيق وتطبيق معايير الجودة للتسجيل في السجلات الطبية.
- تنمية قدرات الأطباء وهيئة التمريض في مجال التوثيق وتقديم التقارير حسب الحاجة من قبل مختلف الأقسام، والعيادات الطبية في معهد الكبد القومي، وأصحاب المصلحة على فترات محددة سلفاً، علماً بأن جودة التوثيق في السجلات الطبية ضرورة لتحسين نتائج المرضى.

٣ / ١ دقة استخدام الاختصارات والرموز بالمستشفى محل الدراسة:

السجل الطبي للمريض هو أقوى أداة اتصال بين الأطباء وهيئة التمريض، وهو المفتاح لتبادل المعلومات الهامة مع جميع أعضاء الفريق الطبي ليس فقط في المستشفى الواحد، بل في أماكن الرعاية الصحية الأخرى. وعندما يكون هناك انهيار في هذه الاتصالات نتيجة عن عدم فهم المصطلحات والرموز يمكن أن تكون العواقب وخيمة على صحة المريض وجودة الرعاية الصحية. لذا يجب على الممارسين أن يكونوا مسئولين عن استخدام المختصرات والرموز المعتمدة فقط، والاختصارات والرموز ممكن أن تكون فاعلة في التوثيق إذا كان معناها مفهوماً من قبل مقدمي الرعاية الصحية، والاختصارات الغامضة وغير الواضحة والتي تدل على معاني متعددة ممكن أن تؤدي إلى الارتباك والخطأ في رعاية المرضى (١) (٢). وبسؤال الأطباء وهيئة التمريض عن طبيعة استخدام المختصرات في التوثيق بمعهد الكبد القومي، (سؤال رقم ١٩ من قائمة المراجعة)، كانت الإجابة بأن معظم الأطباء وهيئة التمريض تدرسوا على استخدام هذه المصطلحات بالخبرة. وبسؤال آخر عن وجود قائمة مختصرة ومعتمدة من جهة الاختصاص ومتداولة ومعلنة بالمستشفى محل الدراسة، كانت الإجابة سلبية (لا توجد)، (سؤال رقم ٢٠ من قائمة المراجعة).

١ / ٣ / ١ الدقة في التصحيح والإضافة والتغيير:

حماية السجل الطبي، يجب أن تكون اية تغييرات أو إضافات موثقة بعناية، لأن الإخفاق في تصحيح الأخطاء بشكل غير متفق عليه يمكن أن يفسر على أنه تزوير (٣). والجدول رقم (٨) والشكل رقم (١١) يوضحان كيفية تصحيح الإدخالات الخطأ.

جدول رقم (٨) يوضح كيفية تصحيح الإدخال الخطأ في السجل الطبي

البيان	داخلي (%)	خارجي (%)
العنصر		

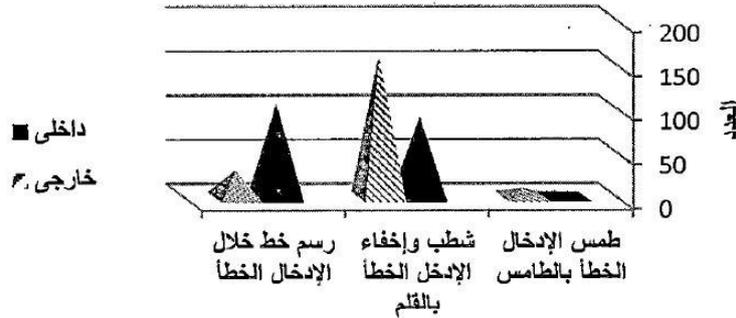
(1) A Guide to Better Physician Documentation Physician Documentation Expert Panel November 2006. PP 2-3. Available at: http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/pdf/guide_bpd.pdf Accessed at [15/4/2014].

(2) Joan S. (2011). Ibid, 8p.

(3) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Ibid, p 16.

د. مريم صالح منصور

طمس الإدخال الخطأ بالطامس	٥ (٢,٥%)	١٠ (٥%)
شطب وإخفاء الإدخال الخطأ بالقلم	٩٠ (٤٥%)	١٦٠ (٨٠%)
رسم خط خلال الإدخال الخطأ	١٠٥ (٥٢,٥%)	٣٠ (١٥%)
المجموع	٢٠٠ (١٠٠%)	٢٠٠ (١٠٠%)



شكل رقم (١١) يوضح تصحيح الإدخال الخطأ في السجل الطبي

يتبين من الجدول والشكل السابقين، أن نسبة (٢,٥%) من السجلات الداخلية طمست فيها الإدخالات بالطامس عند تصحيح الإدخال الخطأ، بينما كانت بالمقابل (٥%) في السجلات الخارجية، وأنه في (٤٥%) من سجلات المرضى الداخليين، تم شطب وإخفاء الإدخال الخطأ بالقلم بالمقارنة بسجلات مرضى العيادات الخارجية فكانت النسبة (٨٠%). ومن ذلك يجب تصحيح كل الأخطاء بشكل مناسب طبقاً للمعايير، فإن أي تعديل أو تصحيح في السجلات الطبية يعني تقديم المعلومات بشكل غير مقروء، لذا يجب أن تظل الإدخالات غير الصحيحة واضحة ومقروءة، مع عدم الكتابة فوقها أو طمسها، وأن الطريقة المقبولة أن يظل الإدخال الخطأ واضح للعيان، وأن تصحح بشكل واضح (١).

٤ / ١ تصحيح الخطأ:

وطبقاً للمعايير الدولية فإن تصحيح الإدخال الخطأ يتم عن طريق رسم خط خلال الإدخال غير الصحيح في السجلات الطبية الإلكترونية، يليها مباشرة (توثيق خطأ) ثم اسم الطبيب/ الممرضة، التاريخ، وقت التصحيح، التوقيع. ولحماية وسلامة السجل الطبي من أي تغييرات أو إضافات يجب أن يوثق بعناية، فلا يجعل إدخالات بين السطور، فإذا كانت هناك إدخالات تغفل التفاصيل، يجب توثيق أي تفاصيل إضافية في "إضافة" تتجه نحو الهوامش (الأيمن أو الأيسر) بما في ذلك تاريخ ووقت الحدث وتاريخ ووقت الإضافة، ويجب أن تكون الإضافات متكاملة بشكل مناسب ضمن السجل الطبي، وإذا كانت إضافات كثيرة تطبع على ورق وتعلق على النماذج الموجودة بالسجل الطبي (٢).

٢. الاكتمال Completeness:

لا بد أن يتصف التوثيق في السجلات الطبية بالإكتمال حتى يضمن ويعزز استمرارية الرعاية. وللتعرف على مدى اكتمال التوثيق في السجلات عينة الدراسة تم فحص الصفحة الأمامية للمريض الخارجي والداخلي، ونموذج المتابعة، وشيت الخروج للوقوف على مدى دقة واكتمال عناصر تلك النماذج.

(١) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2013).

Ibid, p 15.

(٢) A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual, Legal Reserve Company, an Independent License of the Blue Cross and Blue Shield Association of New Mexico. Ibid, pp 1-2.

١ / ٢ الصفحة الأمامية لمرضى العيادات الخارجية:

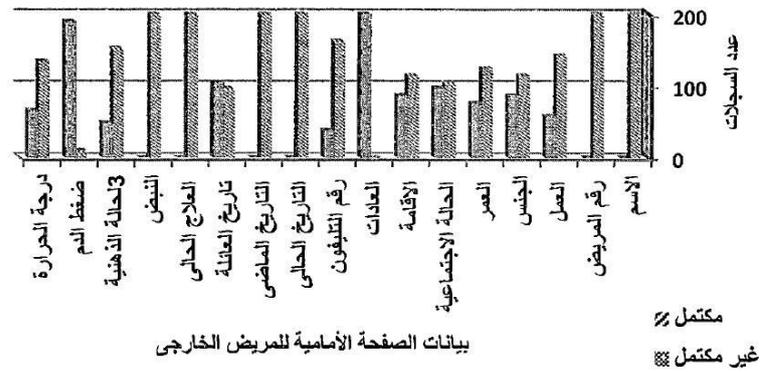
الصفحة مقسمة إلى ثلاثة أجزاء رئيسية هي البيانات الديموجرافية، وبيانات الشكوى المرضية، وبيانات الفحوصات كما هو موضح بالجدول رقم (٩)، والشكل رقم (١٢).

جدول رقم (٩) يوضح دقة اكتمال بيانات الصفحة الأمامية

من السجل الطبي لمرضى العيادات الخارجية

النسبة المئوية	غير مكتمل	النسبة المئوية	مكتمل	الوصف البند
Demographic Data البيانات الديموجرافية				
٠%	٠,٠	١٠٠%	٢٠٠	١. الاسم Name
٠%	٠,٠	١٠٠%	٢٠٠	٢. رقم المريض Serial Nu.
٢٩%	٥٨	٧١%	١٤٢	٣. العمل Occupation
٤٣%	٨٦	٥٧%	١١٤	٤. الجنس Sex
٣٨%	٧٦	٦٢%	١٢٤	٥. العمر Age
٤٨%	٩٦	٥٢%	١٠٤	٦. الحالة الاجتماعي Martial St.
٤٣%	٨٦	٥٧%	١١٤	٧. الإقامة Residence
١٠٠%	٢٠٠	٠%	٠,٠	٨. العادات Sp. Habits
١٩%	٣٨	٨١%	١٦٢	٩. رقم التليفون Telephone Nu.
Complaint الشكوى المرضية				
٠%	٠,٠	١٠٠%	٢٠٠	١. التاريخ الحالي Present History
٠%	٠,٠	١٠٠%	٢٠٠	٢. التاريخ الماضي Past History
٥٢%	١٠٤	٤٨%	٩٦	٣. تاريخ العائلة Family History
٠%	٠,٠	١٠٠%	٢٠٠	٤. العلاج الحالي Current Therapy
Examination الفحص				
٠%	٠,٠	١٠٠%	٢٠٠	١. الفحص العام General Examination
٢٤%	٤٨	٧٦%	١٥٢	٢. النبض Pulse
٩٥%	١٩٠	٥%	١٠	٣. الحالة الذهنية Mental Status
٣٣%	٦٦	٦٧%	١٣٤	٤. ضغط الدم B.P.
٢٤%	٤٨	٧٦%	١٥٢	٥. درجة الحرارة Temp.

د. مريم صالح منصور



شكل رقم (١٢) يوضح اكتمال بيانات الصفحة الأمامية للسجل الطبي لمريض العيادات الخارجية

من الجدول والشكل السابقين، وتحليل عناصر الأجزاء الثلاثة من حيث اكتمال بياناتها، اتضح ما يلي:

- الجزء الأول والذي يحتوي على البيانات الديموجرافية كانت أعلى نسبة اكتمال لكل من اسم المريض ورقمه الطبي بنسبة ١٠٠٪، بينما كانت أعلى نسبة عدم اكتمال لعنصر العادات بنسبة ١٠٠٪.
- الجزء الثاني والذي يشتمل على بيانات الشكوى المرضية به عنصر تاريخ العائلة غير مكتمل بنسبة ٥٢٪. وعدم اكتمال تاريخ العائلة يؤدي إلى عدم معرفة الأمراض المنتشرة في أسرة المريض. والتي يرى الطبيب بأنه يمكن أن تنتقل إليه بالوراثة ويمكن أن تكون لها علاقة بظهور وتطور المرض الذي يعاني منه^(١).
- أما الجزء الثالث (الفحص) اكتمل فيه عنصر الفحص العام بنسبة ١٠٠٪، بينما كانت أعلى نسبة عدم اكتمال للحالة الذهنية بنسبة ٩٥٪. بلغت بيانات الجدول السابق (١٨) عنصراً، كانت نسبة الاكتمال فيها ٣٣٪ بينما كانت نسبة عدم الاكتمال ٦٧٪.

٢ / ٢ الصفحة الأمامية لمريض الأقسام الداخلية:

الصفحة مقسمة إلى جزئين رئيسيين: البيانات الديموجرافية، وبيانات الشكوى المرضية موضحة بالجدول رقم (١٠)، والشكل رقم (١٣).

الجدول رقم (١٠) يوضح دقة اكتمال الصفحة الأمامية

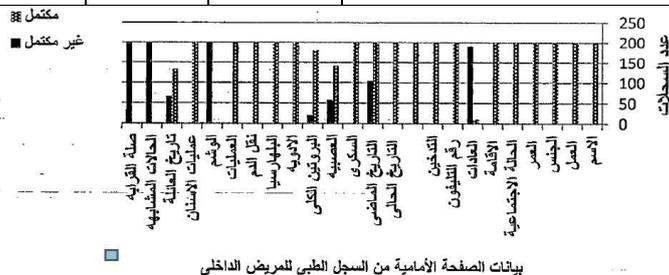
(الشيت الطبي) من السجل الطبي للمريض الداخلي

النسبة المئوية	غير مكتمل	النسبة المئوية	مكتمل	الوصف	البند
				البيانات الديموجرافية	Demographic Data
٠٪	٠,٠	١٠٠٪	٢٠٠	الاسم Name	١. الاسم
٠٪	٠,٠	١٠٠٪	٢٠٠	العمل Occupation	٢. العمل
٠٪	٠,٠	١٠٠٪	٢٠٠	الجنس Sex	٣. الجنس
٠٪	٠,٠	١٠٠٪	٢٠٠	العمر Age	٤. العمر

(١) موسى العجلوني. إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحديثة=Medical Records Management in Modern Hospitals. ط٢. دار الفكر.

د. مريم صالح منصور

٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٥. الحالة الاجتماعية Marital St.
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٦. الإقامة Residence
%٩٥	١٩٠	%٥	١٠	٧. العادات Sp. Habits
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٨. رقم التليفون Telephone Nu.
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٩. التدخين Smoking
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	١٠. الاحتكاك بمياه القنوات Contact with canal water
				الشكوى المرضية Complaint
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	التاريخ الحالي Present History
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	التاريخ الماضي Past History
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	السكري Diabetes Mellitus
%٢٩	٥٨	%٧١	١٤٢	العصبية Hypertension
%١٠	٢٠	%٩٠	١٨٠	البروتين الكلي T.B.
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	الأدوية Drugs
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	البلهارسيا Bilharzias
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	نقل الدم Blood Transfusion
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	العمليات Operations
100%	200	0%	0.0	الوشم Tattooing
٠,٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	عمليات الأسنان Dental Procedures
%٣٣	٦٦	%٦٧	١٣٤	تاريخ العائلة Family History
%١٠٠	٢٠٠	%٠	٠,٠	الحالات المشابهة Similar Conditions
%١٠٠	٢٠٠	%٠	٠,٠	صلة القرابة +ve consanguinity



شكل رقم (١٣) يوضح دقة اكتمال بيانات الصفحة الأمامية من السجل الطبي للمريض الداخلي

من الجدول والشكل السابقين، وتحليل عناصر الصفحة الأمامية للمريض الداخلي، من حيث اكتمال بياناتها، تبين ما يلي:

١. الجزء الأول والذي يحتوي على البيانات الديموجرافية، فالبرغم من إكمال عناصره بنسبة ١٠٠%، إلا أن عنصر العادات كان

غير مكتمل بنسبة ٩٥%.

٢. الجزء الثاني والذي يشمل بيانات الشكوى المرضية، اكتملت معظم عناصره بنسبة ١٠٠%، مع وجود ثلاثة عناصر (الوشم،

الحالات المشابهة، صلة القرابة) كانت غير مكتملة بنسبة ١٠٠%.

بلغت بيانات الجدول السابق (٢٤) عنصرا، كانت نسبة الاكتمال فيها ٧١% بينما كانت نسبة عدم الاكتمال ٢٩%. وبالاجابة على السؤال (رقم ٢ من قائمة المراجعة)، تبين أن المستشفى تلزم كل مريض عند الدخول لأول مرة من إحضار نسختين من صورة بطاقته الشخصية كشرط أساسي لفتح سجل طبي، فيتم الاكتفاء بإرفاق صورة البطاقة بالصفحة الأولى للسجل الطبي الخاص به بدلا من تدوين كافة بيانات هوية المريض، أما باقي نماذج السجل الطبي لا يكتب عليها اسم المريض ورقمه. ولسلامة البيانات يجب أن يدون على كل نموذج بالسجل الطبي بيانات كافية لتحديد هوية المريض لضمان إعادة النموذج إلى السجل عند الضياع^(١). كما كشفت الدراسة عن عدم تطبيق بعض العناصر مثل (تاريخ ومكان الميلاد، الجنسية، الديانة، اسم وعنوان أحد الأقارب أو أحد الأصدقاء، البريد الإلكتروني) والتي نصت عليها بعض المعايير الدولية في بيانات الصفحة الأمامية لكل من مريض العيادات الخارجية والمريض الداخلي.

٢ / ٣ التاريخ الطبي والبدني H.P:

يجب أن يشتمل على الشكوى الرئيسية، وتاريخ المرض الحالي، والتاريخ الطبي الماضي، والأدوية، والحساسية، والتفاعلات الدوائية، والتاريخ الاجتماعي، والتاريخ العائلي، واستعراض نظام العلاج (بأجر، تأمين صحي، على نفقة الدولة، حساب شخصي)، والعلامات الحيوية، والفحص البدني، والمختبرات ذات الصلة، والأشعة، وخطة العلاج^(٢). كما يجب أن تكون الأطباء على علم بالقضايا التي تطلب اهتماما خاصا، أو تشكل خطرا على المريض بما في ذلك ما يلي:

أ. الحساسية وردود الفعل السلبية لبعض الأدوية.

ب. الوقاية من العدوى، ومراقبة المخاطر (خاصة وأن فيروس "س" ينتقل عن طريق الدم).

ج. قضايا السلوك التي قد تشمل خطرا على أنفسهم أو الآخرين.

د. حماية الأطفال من السلوك الخطر.

هـ. المرضى الذين لهم أسماء متشابهة والتفاصيل الديموغرافية الأخرى، يجب عمل تنبيه عن الحساسية في مكان بارز، أو وضع علامة على المجلد الخارجي "غلاف السجل" وهذا لا ينفي توثيق هذا التنبيه داخل السجل الطبي^(٣).

و. يجب توثيق الأشعة وغيرها من الفحوصات داخل السجل الطبي، وتلخيص النتائج، كما يجب توثيق الطبيب المعتمد للاختبارات والفحوصات المعملية، بكتابة الاسم واللقب المهني ووسيلة الاتصال، والوقت والتاريخ، لضمان استمرارية رعاية المرضى، كما يجب توثيق جميع الحوادث الطبية الفعلية للرعاية الصحية للمريض^(٤).

٢ / ٤ التشخيص النهائي:

(1) A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association of New Mexico. Ibid, pp 1-2.

(2) College and Association of Registered Nurses of Alberta. Ibid.

(3) Health Care Records-Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. Ibid, 17 p.

(4) Health Care Records-Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. Ibid, P 17.

د. مريم صالح منصور

يجب أن توثق بالكامل دون استخدام الرموز والاختصارات على أن يكون موقعا ومؤرخا من الطبيب المسئول. (١)

٥ / ٢ خطة الرعاية:

ينبغي أن يتضمن التوثيق على خطة الرعاية على أن تكون مركزة على المريض، وتدور في فلكه وخطة الرعاية هي الخطوط العريضة المكتوبة عن رعاية الأطباء وغيرهم وتشكل جزءا من السجل الدائم للمريض. ويجب أن تكون خطة الرعاية واضحة للجميع ومقروءة وتلي احتياجات المريض. ولا بد أن يوفر التوثيق الجيد معلومات دقيقة وموجزة عن القبول والنقل والخروج تكون الأساس في الحصول على الرعاية اللاحقة والمتابعة الجيدة للمريض (٢).

٦ / ٢ إدارة الدواء:

ينبغي أن يكون هناك سياسة محددة لإدارة وتوثيق الدواء من قبل هيئة التمريض على أن تشمل:

- تاريخ إعطاء الدواء.
- الوقت الفعلي للدواء.
- أسماء الأدوية (وقاموس المختصرات).
- طريقة إعطاء الدواء: الجرعة، تحديد وتوقيع هيئة التمريض. علما بأنه إذا تم استخدام التوقيعات بالأحرف الأولى، يجب أن توجد قائمة رئيسية مطابقة لذلك ومعلنة. يجب التوقيع على الأدوية من قبل الممرضات (٣).

٧ / ٢ شيت الخروج (ملخص الخروج):

يعتبر نموذج ملخص الخروج ملحق رقم (٥) من العناصر الرئيسية التي يجب أن يشتمل عليها السجل الطبي لأي مريض. ويقوم الطبيب المعالج بكتابة هذا الملخص عند خروج المريض مباشرة من المستشفى لإعطاء فكرة موجزة وواضحة عن المشكلة الطبية التي كان يعاني منها المريض، والعلاج الذي تلقاه ونتائجه، والتوصيات الطبية لمتابعة العلاج، وأهم الأهداف التي يحققها نموذج ملخص الخروج ما يلي:

- أ. يسهل على الطبيب مراجعة التاريخ الطبي للمريض في حالة إعادة إدخاله أو أثناء المتابعة بالعيادة الخارجية.
- ب. يستخدم كتقرير طبي عن حالة المريض، بحيث يتم إرسال صورة منه إلى الطبيب الذي حوله للمستشفى لمعرفة ما تم لمريضه فترة تواجده بالمستشفى ليتمكن من متابعة علاجه.
- ج. يسهل عمل اللجان المكلفة بمراجعة الرعاية الطبية المقدمة للمريض، لأنه يقدم صورة ملخصة عن هذه الرعاية.
- د. يساعد المهتمين بالبحث والتعليم الطبي في مراجعة حالة المريض لبيان ما إذا كانت حالته لها أهمية علمية أو تعليمية خاصة.
- هـ. يستخدم لتقديم المعلومات الطبية عن حالة المريض لبعض الجهات والمؤسسات ذات الصلة بالمريض، كشركات التأمين ومؤسسات الضمان الاجتماعي (٤). وبفحص نموذج (شيت الخروج) من السجل الطبي للمرضى الداخليين جدول رقم (١١)، وشكل رقم (١٤)، وجد أنه يحتوي على (١٣) عنصرا، اكتمل منها تسعة بنسبة ١٠٠% بينما كانت أعلى نسبة عدم اكتمال

(١) Joan S. (2011). Ibid, 8 p.

(٢) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Ibid, pp 9-10.

(٣) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Ibid, p 10.

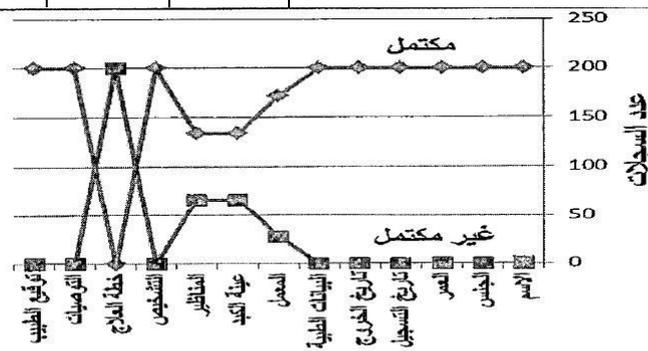
(٤) موسى العجلوني. المرجع السابق، ص ص ١٣٣-١٣٤.

د. مريم صالح منصور

(%١٠٠) لعنصر الخطة العلاجية. علاوة على ذلك بلغت، نسبة الاكتمال في إجمالي بيانات شيت الخروج ٣٣%، بينما كانت نسبة عدم الاكتمال ٦٧%.

جدول رقم (١١) يوضح دقة اكتمال بيانات شيت الخروج لمريض الأقسام الداخلية

النسبة المئوية	غير مكتمل	النسبة المئوية	مكتمل	الوصف البند
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	١- الاسم Name
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٢- الجنس Sex
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٣- العمر Age
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٤- تاريخ التسجيل Date of Admission
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٥- تاريخ الخروج Date of Discharge
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	٦- البيانات الطبية Clinical Data
%١٤	٢٨	%٨٦	١٧٢	٧- المعمل Lab.
%٣٣	٦٦	%٦٧	١٣٤	٨- عينة الكبد Liver Biopsy
%٣٣	٦٦	%٦٧	١٣٤	٩- المناظير Endoscopy
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	١٠- التشخيص Diagnosis
%١٠٠	٢٠٠	%٠	٠,٠	١١- خطة العلاج Plan
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	١٢- التوصيات Recommended
%٠	٠,٠	%١٠٠	٢٠٠	١٣- توقيع الطبيب Signature



إكتمال بيانات شيت الخروج

شكل رقم (١٤) يوضح اكتمال بيانات شيت الخروج من السجل الطبي للمرضى الداخليين

وينص نظام الاعتماد الصادر عن الهيئة الأمريكية لاعتماد المستشفيات، والنظام الصادر عن مجلس اعتماد المؤسسات الصحية في الأردن، بأن الحد الأدنى من محتويات ملخص الخروج يجب أن يشمل على سبب دخول المريض للمستشفى، والنتائج الهامة، والإجراءات، والعلاج المقدم للمريض، والتشخيص النهائي، وحالة المريض عند الخروج، والأدوية الموصى بها، والتعليمات التي أعطيت للمريض أو عائلته عند خروجه من المستشفى. ويعتبر الطبيب الأخصائي المشرف على علاج المريض مسئولاً عن استكمال هذا

د. مريم صالح منصور

النموذج نظرا لأهميته. ويجب أن يوقع عليه شخصيا حتى وإن كتبه أحد الأطباء المساعدين الذين يعملون تحت إشرافه^(١). وبالرغم من كل ما سبق، فإن خطة العلاج لم يكتمل توثيقها بنسبة (١٠٠%)، مما ينتج عنه فقدان التواصل وضعف استمرارية الرعاية المقدمة للمرضى، وهذا قد يؤدي إلى تدهور حالة بعض المرضى^(٢). وينبغي أن يشتمل ملخص الخروج على تفاصيل الأدوية الموصوفة عند الخروج، بما في ذلك أسباب إعطاء هذه الأدوية، وتواتر الجرعة، وطول فترة العلاج المقترح، وقائمة مواعيد المتابعة مع الاستشاريين، ومزيد من العيادات الخارجية، والتقارير التي تحتاج متابعة وكيفية تصعيد الرعاية من طبيب إلى طبيب آخر، ويعتبر ملخص الخروج من بين النماذج الأساسية بالسجل الطبي، ويمكن أن يكون بمثابة أداة اتصال قوية تربط بين الرعاية الثالثة وأطباء الرعاية الأولية^(٣).

٨ / ٢ نموذج المتابعة للمريض الخارجي Outpatient Record:

يتضمن هذا النموذج خمسة عناصر أساسية هي التاريخ، الشكوى المرضية، الفحص، الإجراءات، توقيع الطبيب المعالج جدول رقم (١٢)، شكل رقم (١٥)، وهي كالتالي:

١ / ٨ / ٢ التاريخ:

ويقصد به تاريخ اليوم الذي حضر فيه المريض.

٢ / ٨ / ٢ الشكوى المرضية:

هي عبارة عن وصف مختصر للأمراض التي يشكو منه المريض والتي دفعته لمراجعة الطبيب، ويكتب عادة بنفس كلمات المريض لتعطي صورة واقعية عن المشكلة التي يعاني منها المريض. كما يشعر بها وليس كما يشهدها الطبيب^(٤).

٣ / ٨ / ٢ الفحص:

يجب أن يجرى فحص سريري كامل لكل مريض يدخل المستشفى، ويكون بمثابة تقييم عام وشامل لحالة المريض الجسمية، ويجرى هذا الفحص من قبل الطبيب المختص أو أحد الأطباء المقيمين الذين يعملون تحت إشرافه، على أن يقوم بمراجعة وتوثيق هذا النموذج.

٤ / ٨ / ٢ الإجراءات:

يجب أن توثق جميع الإجراءات التي أجريت للمريض^(٥).

جدول رقم (١٢) يوضح دقة اكتمال بيانات نموذج المتابعة من السجل الطبي لمرضى العيادات الخارجية

البند	الوصف	مكتمل (%)	غير مكتمل (%)
Date التاريخ		٢٠٠ (%١٠٠)	٠,٠
Complaint الشكوى المرضية		٢٠٠	٠,٠

(١) موسى العجلوني. المرجع السابق، ص ص ١٣٤ - ١٣٥.

(٢) A Guide to Better Physician Documentation Physician Documentation Expert Panel. Ibid, p6.

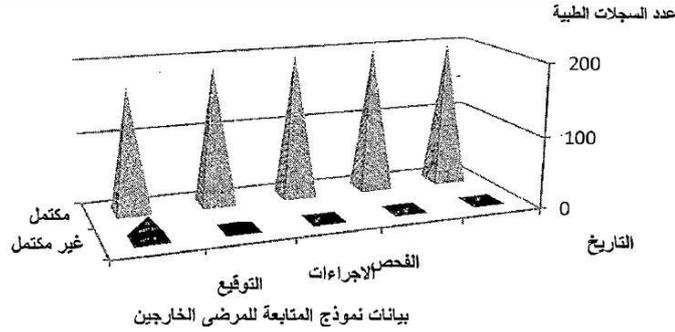
(٣) David W. Bates. Ibid, p6.

(٤) موسى طه العجلوني. المرجع السابق. ص ١٧.

(٥) Joan S. Ibid, p6.

د. مريم صالح منصور

	(%١٠٠)	
٠,٠	٢٠٠ (%١٠٠)	الفحص Examination
١٠ (%٢,٥)	١٩٠ (%٩٧)	الإجراءات Actions
٣٠ (%١٥)	١٧٠ (%٨٥)	التوقيع Signature



شكل رقم (١٥) يوضح اكتمال بيانات نموذج المتابعة للمرضى الخارجيين

وبالنظر إلى الجدول والشكل السابقين نجد أن بيانات نموذج المتابعة اكتملت معظم عناصره بنسبة ١٠٠%، بينما كان توقيع الأطباء على النموذج غير مكتمل بنسبة تصل إلى ٣٠%، بالإضافة إلى عنصر الإجراءات فكانت نسبة عدم اكتماله ١٠%. علاوة على ذلك، بلغت نسبة الاكتمال في البيانات الخمسة لنموذج المتابعة ٦٠% بينما كانت نسبة عدم الاكتمال ٤٠%. علما بأن هذا النموذج هو الوثيقة الأساسية لمتابعة المريض ولضمان استمرارية رعايته في حلقات المتابعة. وعدم اكتمال الإجراءات يؤدي إلى ضعف التواصل واستمرارية الرعاية الصحية. ويجب أن يشتمل نموذج المتابعة لمرضى العيادات الخارجية على:

- تعريف المريض تماما كما في المريض الداخلي.
- القصة المرضية المتعلقة بالمرض الحالي والفحص السريري.
- الملاحظات السريرية.
- تقرير عن التحاليل والإجراءات التي تم إنجازها.
- نتيجة الزيارة: مثلا ضرورة المتابعة أو دخول المستشفى أو الحاجة لمعالجة إضافية، أو انتهاء المعالجة.
- يجب على من شاهد المريض طبييا أو ممرضة أو يوقع على النموذج لإثبات المسؤولية.
- يجب الاحتفاظ ببطاقة نمو الأطفال^(١).

٣. التوقيت "الوقت المناسب" والتصديق على المعلومات:

يبدأ التوثيق بالتاريخ وينتهي بالتوقيع والتصديق. لا يعتبر السجل الطبي كاملا حتى يتم توثيق عناصره الأساسية، والمصادقة عليها بالتوقيع، والوقت، والتاريخ المفصل. والشكل رقم (١٥)، يبين التوقيتات التي ينبغي أن يلتزم بها كل من له الحق في التوثيق بالسجلات الطبية^(١).

(^١) World Health Organization. Ibid, p 65.

١ / ٣ التوقيت:

يجب أن تكون هناك سياسة معتمدة من المستشفى لدعم الأسلوب الذي يتم به توثيق التاريخ والوقت، فعلى سبيل المثال، توثيق وقت الدخول باستخدام ٢٤ ساعة HHMM، يجب أن تكون جميع الإدخالات بالسجل الطبي موثقة في وقت الحدث أو في أقرب وقت ممكن بعد ذلك (٢) (٣). فالإدخالات في وقت متأخر تعتبر مفقودة لاستمرارية الرعاية. لذا يجب أن يتميز توثيق الوقت بالآنية والمعاصرة، والتي تعرف بالانتهاء من التوثيق في أقرب وقت من تقديم الرعاية (٤). علما بأن توثيق الأحداث في الترتيب الزمني التي وقعت فيه مهم جدا في الكشف عن أي تغير في أنماط الحالة الصحية للمريض، والتوثيق الزمني يعزز وضوح الاتصالات التي تمكن مقدمي الرعاية الصحية من فهم الرعاية التي قدمت بناء على ماذا ومن من بيانات التقييم، ومن ثم أي نتائج أو تقييمات لتلك الرعاية بما في ذلك استجابة المريض للعلاج (٥). وبالإجابة على السؤالين (١) (رقم ٢٧، و ٣٩ من قائمة المراجعة)، تبين أن جميع الأطباء وهيئة التمريض يلتزمون بتوثيق الإدخالات في وقت الحدث شكل رقم (١٦).

متطلبات التوثيق	الإطار الزمني	الاستثناءات
تقرير قسم الطوارئ	التوثيق خلال ٢٤ ساعة من الخروج/ الترتيب من قبل قسم الطوارئ	
ملاحظة التقدم بعد القبول	التوثيق خلال ٢٤ ساعة من القبول	
التاريخ والبدنية (H&P)	التوثيق خلال ٢٤ ساعة من القبول وقبل العمليات الصغيرة	يجب أن تكتمل قبل الجراحة التاريخ والبدنية غير مطلوبة بعد التخدير الموضوعي الأعراض العضوية للمخ (OBS) تحل محل (H&P) عند الولادة- وإذا تم التحويل إلى جراحة فإن (H&P) تكون مطلوبة قبل الجراحة.
تقارير التشاور	التوثيق خلال ٢٤ ساعة من التشاور	
ملاحظة التقدم لآخر أب	يوثق الرد على الفور	
مزود الترميز	التوثيق في موعد أقصاه ٧ أيام من آخر إشعار للمزود	
تقرير الجراحة	يوثق فوراً عقب العملية	
تقرير عملية خاصة	التوثيق خلال ٢٤ ساعة من إتمام العملية	
تقرير ملخص الخروج	يوثق عند الخروج ولا يتأخر عن ٧ أيام من الخروج	لا يطبق على المرضى الذين يمكثوا لأقل من ٤٨ ساعة في حالة الولادة الطبيعية والوليد الطبيعي

(1) Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop, Ibid, p9.

(2) Joan S. Ibid, p 9.

(3) Health Care Records-Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. Ibid, p7.

(4) Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop. Ibid, p7.

(5) College Members. Edmonton. Available at: <http://www.ab.ca/default.htm> Accessed at [20/1/2013].

(6) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Ibid p 22.

د. مريم صالح منصور

	يوثق عند الخروج ولا يتأخر عن ٧ أيام من الخروج للمرضى الذين يمكنوا لأقل من ٤٨ ساعة أو في حالة الولادة الطبيعية والوليد الطبيعي	ملاحظة تقدم الخروج
	يوثق عند الوفاة ولا يتأخر عن ٧ أيام من الوفاة	ملخص الوفاة
	يوثق عند النقل	ملخص النقل
	المصادقة على التقارير المحولة أو مسحها ضوئيا وملاحظة التقدم، خلال ١٥ يوما من تاريخ الخروج	التوقعات
	التاريخ، التوقيت والمصادقة خلال ٤٨ ساعة من صدور الأمر	الأوامر الشفهية

شكل رقم (١٦) يبين التوقعات التي ينبغي أن يلتزم بها كل من له الحق في التوثيق بالسجلات الطبية

٢ /٣ التوقعات "التصديق":

يجب أن يعكس التوقيع تفاصيل الشخص الذي قدم الرعاية بشكل واضح، لا لبس فيه مع تحديد مصدر المعلومات بما في ذلك المعلومات التي تقدمها الرعاية الصحية المهنية، أو آخر مزود مثل (أخصائي التغذية)، ويجب أن يكون التوقيع بالاسم الثلاثي مع تعيين الهوية المهنية للقائمين بتوثيق المعلومات الطبية مثل الطبيب، الممرضة/المرضى، أخصائي التغذية، الخ^(١). ويفحص السجلات الطبية عينة الدراسة وجد أن التوقيع يتم فقط إما بكتابة الاسم مختصرا مضافا إليه التاريخ وكلاشيه فقط كما هو مبين بالجدول رقم (١٣).

جدول رقم (١٣) يوضح التوثيق وشكل التوقيع للأطباء في عينة السجلات الطبية محل الدراسة

الوصف البند	خارجي	النسبة المئوية	داخلي	النسبة المئوية	غير مطبق	النسبة المئوية
١- الاسم مختصر فقط (بالأحرف الأولى)	٠,٠	%٠	٠,٠	%٠	٤٠,٠	%١٠٠
الاسم مختصرا+ التاريخ فقط	٢٠,٠	%١٠٠	١٣,٠	%٦٥	٠,٠	%٠
الاسم مختصر+ التاريخ+ التوقيت	٠,٠	%٠	٠,٠	%٠	٤٠,٠	%١٠٠
٢- الاسم كامل فقط	٠,٠	%٠	٠,٠	%٠	٤٠,٠	%١٠٠
الاسم كامل + التاريخ فقط	٠,٠	%٠	٠,٠	%٠	٤٠,٠	%١٠٠
الاسم كامل+ التاريخ+ التوقيت	٠,٠	%٠	٠,٠	%٠	٤٠,٠	%١٠٠
٣- كلاشيه فقط	٠,٠	%١٠٠	٧,٠	%٣٥	٠,٠	%٠
كلاشيه+ التاريخ فقط	٠,٠	%٠	٠,٠	%٠	٤٠,٠	%١٠٠
كلاشيه+ التاريخ+ التوقيت	٠,٠	%٠	٠,٠	%٠	٤٠,٠	%١٠٠

^(١) Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop. Ibid, p 10.

د. مريم صالح منصور

يشير الجدول السابق إلى أن كل السجلات الطبية التي فحصت لمرضى العيادات الخارجية احتوت على شكل واحد فقط لتوقيع الطبيب وهو الاسم المختصر مضافا إليه التاريخ بنسبة ١٠٠%. أما في حال السجلات الطبية للمرضى الداخليين، فنجد أن التوقيع تنوع ما بين الاسم المختصر والتاريخ بنسبة (٥٦٥%)، وكلاشييه فقط بنسبة (٥٣٥%). وهذا يدل على عدم توحيد شكل التوقيع من قبل الأطباء.

٤. التنظيم:

يجب أن يتصف التوثيق في السجلات الطبية بالتنظيم^(١). لذا يجب أن تكون كل صفحة في السجل الطبي مشتملة على الاسم والرقم الطبي للمريض، وبالنظر لسياسة مستشفى معهد الكبد القومي في هذا الصدد، نجد أن التكوين الثابت للسجل الطبي يمر بالمراحل التالية:

١. عند دخول المريض المستشفى لأول مرة يطلب منه أو من أحد أقاربه دفع وصل في الخزينة لفتح ملف مع إرفاق صورتين من البطاقة الشخصية للمريض.
٢. يتوجه إلى قسم السجلات الطبية، فيقوم كاتب السجلات بتجهيز السجل.
٣. يقوم كاتب السجلات الطبية بكتابة الرقم التالي للسجل الطبي في المكان المخصص على الغلاف الخارجي بخط واضح وعريض ومقروء.
٤. يتم إرفاق النماذج العلاجية المطلوبة للمريض في السجل الطبي وهي (نموذج فحص المريض، كشف الحساب التمهيدي، إذن الدخول، صور بطاقة الرقم القومي للمريض).
٥. يقوم كاتب السجلات الطبية بكتابة الرقم الطبي الموحد على الجزء العلوي من غلاف السجل في المكان المخصص لذلك، علما بأن الرقم الطبي الموحد هو الرقم التالي لآخر رقم تم تسجيله على الحاسب الآلي. مثال الرقم ١٤٠٨٦٥٧٦٤٤٢ هو رقم أحد المرضى ومدلوله موضح بالجدول رقم (١٤).

جدول رقم (١٤) يوضح مدلول الرقم الطبي للمريض الخارجي والداخلي

١٤	٠٨	٦٥	٧٦٤٤٢
السنة	شهر دخول المريض	سنة الميلاد	رقم تسلسل المريض

٦. يتم تسجيل رقم مالي على كارت المريض، وذلك لتتبع المعاملات المالية الخاصة بالخدمات التي يتلقاها المريض أثناء تواجده بالمستشفى.
٧. يكتب الرقم الموحد للمريض على بطاقة من الورق المقوى (انظر ملحق رقم ١) ثم يسلم الكارت للمريض ليحتفظ بها للمتابعة. وبفحص السجلات الطبية عينة الدراسة وجد أن رقم المريض قد دون على الصفحة الأمامية فقط من السجل الطبي بنسبة ١٠٠%. وبفحص بطاقة المريض (الكارت)، وجد أنها لا تحتوي على بيان الجنس^(٢)، وهذا يعرض المريض للتحديد الخطأ في كثير من الأحيان، وخاصة في الأسماء المشتركة بين الذكور والإناث. ولذا يجب في مثل هذه الحالات عمل تنبيه على غلاف سجل المريض وباب حجرته، وأيضا في المعامل لتفادي الأخطاء الكارثية.

(¹) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Ibid. p 22.

(²) World Health Organization. Medical Record Manual: a guide for Developing Countries. Western Pacific Region. Ibid, p 32.

٤ / ١ ترتيب السجل الطبي :Order of the Medical Record

يعتبر ترتيب النماذج داخل غلاف السجل الطبي وفق نظام ثابت تحدده أنظمة المستشفى، من الوظائف الهامة لقسم السجلات الطبية. ويقوم في السجلات الطبية بترتيب جميع النماذج والتقارير ترتيب زمني دقيق بدءاً من دخول المريض المستشفى إلى وقت مغادرته.

ويمكن ترتيب السجل الطبي بالمستشفى على النحو المبين بالشكل رقم (١٧).

Progress Notes	ملاحظات تقدم حالة المريض	١
Doctor's Orders	نموذج أوامر الطبيب	٢
Sheet Vital Signs/Graphic	نموذج العلامات الحيوية	٣
Nursing Notes	ملاحظات التمريض	٤
Diagnostic Procedures Form	تقارير الفحوصات التشخيصية	٥
Operation Report	تقرير العملية الجراحية	٦
Anesthesia Report	تقرير التخدير	٧
Medical History	نموذج السيرة المرضية	٨
Physical Examination	نموذج الفحص السريري	٩
Admission and Discharge Report	نموذج الدخول والخروج	١٠
Authorization/Consent Form	نموذج التفويضات/ الموافقات	١١

شكل رقم (١٧) يوضح ترتيب السجل الطبي أثناء تواجد المريض بالمستشفى

٤ / ٢ ترتيب السجل الطبي بعد خروج المريض من المستشفى:

بعد خروج المريض من المستشفى يتم إرسال سجله الطبي إلى قسم السجلات الطبية في أقرب وقت ممكن وخلال مدة لا تزيد عن ٢٤ ساعة. ويقوم موظف السجلات الطبية بإعادة ترتيب النماذج داخل غلاف السجل الطبي بطريقة معاكسة لنظام ترتيبها في القسم أثناء وجود المريض بالمستشفى، والتي تتم بطريقة تمكن الطبيب من تتبع حالة المريض من وقت دخوله إلى وقت خروجه من المستشفى. ويمكن ترتيب السجل الطبي بعد خروج المريض من المستشفى (الترتيب النهائي) على النحو المبين بشكل رقم (١٨).

Admission and Discharge report	نموذج الدخول والخروج	١
Discharge Summary	نموذج ملخص الخروج	٢
Authorization/consent Form	نموذج التفويضات/ الموافقات	٣
Medical History	نموذج السيرة المرضية	٤
Physical Examination	نموذج الفحص السريري	٥
Consultation Report	تقرير الاستشارة	٦
Progress Notes	ملاحظات تقدم حالة المريض	٧
Doctor's Orders	نموذج أوامر الطبيب	٨

Diagnostic Procedures Form	تقارير الفحوصات التشخيصية	٩
Operation Report	تقرير العملية الجراحية	١٠
Anesthesia Report	تقرير التخدير	١١
Sheet Vital Signs/Graphic	نموذج العلامات الحيوية	١٢
Nursing Notes	ملاحظات التمريض	١٣

شكل رقم (١٨) يوضح الترتيب النهائي للسجل الطبي بعد خروج المريض من المستشفى

٣/٤ مراجعة السجل الطبي وتقييم محتوياته:

يتم تقييم محتويات السجلات الطبية عند مراجعتها مراجعة كمية ونوعية، لملاحظة إتمام ما يلي:

- تسجيل جميع المعلومات الضرورية من قبل الأطباء.
- وجود توقيع للأطباء على جميع الإدخالات السريرية مع التاريخ.
- تسجيل الممرضات مع توقيعهن على الملاحظات اليومية لحالة المريض ورعايته.
- التأكد من تمام نموذج التخدير "إن وجد"، وأنه قد تم التوقيع عليه.
- التأكد من تمام نموذج العملية الجراحية "إن وجد" وأنه قد تم التوقيع عليه.
- يجب تجهيز نموذج لفحص السجلات وتدقيقها وتحديد المعيار المناسب لذلك.

٤ /٤ طريقة استكمال النقص في السجلات الطبية:

كشفت الدراسة الميدانية سؤال (رقم ٢١ بقائمة المراجعة)، أنه لا توجد سياسة مكتوبة لدى مستشفى معهد الكبد القومي لاستيفاء السجلات غير المكتملة، وتوصى الباحثة لتسهيل عملية المراجعة وتبسيط إجراءات استكمال السجلات الطبية الناقصة يمكن إتباع الخطوات التالية:

أ. تسجيل النقص في السجلات الطبية:

ترسل السجلات الطبية للمرضى الذين خرجوا من المستشفى إلى قسم السجلات الطبية حيث يتم ترتيبها، ومن ثم يقوم الموظف المختص بمراجعة محتوياتها للتأكد من استكمالها لكافة النماذج والمعلومات من الناحية الكمية والنوعية. وعند وجود نقص في أحد السجلات الطبية فإنه يقوم بتسجيل النقص على نموذج النواقص شكل (١٩) (١). ويسجل على هذا النموذج اسم الطبيب أو الشخص المسئول عن استكمال النقص واسم المريض ورقمه والنقص الموجود في السجل الطبي. وإذا كان هناك أكثر من شخص مسئول عن هذا النقص يعبأ نموذج نواقص منفصل لكل شخص، ومن ثم يثبت نموذج النواقص على الغلاف الخارجي للسجل الطبي. وبعد ذلك يقوم الموظف بتنظيم بطاقة الطبيب للسجلات غير الكاملة Physician's Incomplete Card. وتدون السجلات الناقصة على هذه البطاقة لمعرفة السجلات التي يجب على كل طبيب استكمالها. وعندما يقوم الطبيب باستكمال السجل الطبي، يتم شطب البيانات الخاصة بهذا السجل على بطاقة الطبيب للسجلات غير المكتملة.

(١) موسى العجلوني، المرجع السابق، ص ٢٣٤.

د. مريم صالح منصور

تمودج نواقص السجل الطبي		Inpatient Chart Deficiency Checklist	
اسم المريض	تاريخ الخروج	غير مكتمل	مكتمل
الرقم	الاختصاص		
الموضوع المسؤول عن استكمال النقص			
Adm Disch Record	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تمودج الدخول والخروج
Med. History	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السيرة المرضية
Phys. Examin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفحص السريري
Admission note	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ملاحظات الدخول
Consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الاستشارات
Discharge Summary	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ملخص الخروج
Operative Report	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقرير العملية الجراحية
Tissue Exam Report	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقرير فحص الأنسجة
Consent Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نموذج التفويضات
X-Ray Report	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقرير الأشعة
Lab. Report	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقرير المعمل
Other Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقارير الفحوصات
Discharge Order	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمر الخروج
Nursing Notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ملاحظات التمريض
Physician's Death Notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ملاحظات الطبيب في حالة الوفاة

الشكل رقم (١٩) نموذج نواقص السجل الطبي

٤/٥ تطبيق التصنيف الدولي للأمراض بمستشفى معهد الكبد القومي:

كشفت الدراسة الميدانية (إجابة السؤال رقم ٥٦ بقائمة المراجعة) عدم استخدام التصنيف الدولي للأمراض وأعراضها بطبعته التاسعة والعاشر (ICD-9/ICD-10)، على الرغم من الميزات والمميزات العديدة التي يوفرها التصنيف الدولي للأمراض، ومنها تمكين المستشفى من تقديم التقارير الإحصائية عن الحالات المرضية، التي تم علاجها والعمليات الجراحية التي أجريت بالمستشفى. هذا إلى جانب توحيد أسماء الأمراض وأعراضها وتأثيراتها على المصاب^(١).

٤/٦ الحفظ والاسترجاع:

الحفظ الجيد للسجلات الطبية هو جزء لا يتجزأ من الممارسة المهنية وضروري لتوفير رعاية آمنة وفاعلة^(٢). لذا يجب أن يحتفظ المستشفى بسجلات طبية موثقة بدقة وتسلسل زمني ويمكن الرجوع إليها بصفة مستمرة لاسترجاع البيانات والمعلومات المطلوبة لمتابعة رعاية المرضى. كذلك توفير البيانات الإحصائية بصورة فورية. ومن خلال الزيارة الميدانية لمستشفى معهد الكبد القومي تبين التالي:

أ. طرق حفظ السجلات الطبية:

تحفظ السجلات الطبية لمرضى العيادات الخارجية حفظاً لا مركزياً بقسم السجلات الطبية في غرفة مساحتها (٨,٦ × ٣,٥ م) ويوجد بها ٢٩ دولاب للحفظ، علماً بأن عدد السجلات بلغت ١٣٥ ألف سجل. وتحفظ تلك السجلات وفقاً لرقم المريض الطبي بتسلسل الرقمين الطرفين من جهة اليمين لرقم المريض الطبي. بينما تحفظ سجلات مرضى الأقسام الداخلية حفظاً لا مركزياً بدولابين بإحدى غرف المرضى بالدور الخامس، وذلك لعدم وجود مكان مخصص للحفظ الداخلي. وتحفظ بطريقة التسلسل العددي لدخول المريض، وهذه الطريقة تساعد على التعرف على السجلات الخاملة (غير النشطة) والتي قضى عليها فترة طويلة ولم يعاود أصحابها المستشفى، فتعزل ليتم التخلص منها طبقاً لسياسة المستشفى.

ب. الاسترجاع:

(١) موسى العجلوني. المرجع السابق. ص ١٨٢.

(٢) Iain Carpenter,[et.al.]....(2007). Medical records and record-keeping standards. Clinical Medicine 7 (4): 328-331.

د. مريم صالح منصور

يجب أن يكون السجل الطبي الكامل للمرضى متاحا في جميع الأوقات أثناء إقامتهم في المستشفى، أو أثناء متابعة المريض الخارجي. ومن أجل ذلك لابد أن تكون سجلات المرضى منظمة بطريقة تسمح باسترجاعها في أي وقت. وهناك ثمة خطوات ينبغي مراعاتها عند استرجاع أي سجل طبي من أماكن الحفظ، وهي:

١. عند استرجاع أي سجل يتم تقديم طلب استرجاع لإدارة السجلات مدون به اسم المريض ورقم سجله وموقع من الطبيب.
٢. يتم التأكد من اسم ورقم المريض المدون على طلب الاسترجاع وذلك بالرجوع إلى فهرس المريض العام لتفادي الخطأ في استرجاع سجل مريض آخر. عند تسليم الملف لجهة الطلبة أو الشخص المستلم، يتم تدوين اسم ورقم المريض وتاريخ إخراج السجل واسم الجهة أو اسم المستلم على بطاقة بديل السجل الطبي، والتي توضع مكان السجل لمعرفة الجهة الموجود بها السجل لحين إرجاعه.

٤/٧ دور تصميم النماذج في جودة التوثيق في السجلات الطبية:

لابد أن تخدم السجلات الطبية الفلسفة العلاجية التي تهدف الدولة لتحقيقها، ولذلك لابد من تصميم هذه السجلات تصميمًا خاصًا. كما يجب أن تكون البيانات والمعلومات التي يشتمل عليها السجل الطبي سواء كانت إدارية أو طبية أو تمريضية مكتوبة على نماذج معدة مسبقًا ومصممة لتناسب نوع وحجم كل معلومة، وتحقيق الأهداف المرجوة منها، وتسهيل عمل جميع أعضاء الفريق الطبي الذين يكتبون ويستعملون هذه البيانات أو المعلومات. وكلما كان النموذج مصممًا بدقة وعناية كلما كانت معلوماته كافية ودقيقة وتساعد في استرجاع تلك المعلومات في أقل وقت ممكن. وبفحص نماذج السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي، وجد أنها مطبوعة على ورق A4 خفيف الوزن، ولها خلفية من اللون الرصاصي الفاتح، وبها علامة مائية تحمل شعار المعهد (Logo)، مما أدى إلى عدم وضوح بعض البيانات، ملحق (٤)، (٥). ولذا ترى الباحثة ضرورة إعطاء موضوع تصميم النماذج عناية خاصة جدا من قبل لجنة السجلات الطبية بالمستشفى المدروسة، وذلك من أجل:

- دراسة الحاجة الفعلية من المعلومات الواجب إدخالها في النموذج.
 - ترتيب المعلومات المطلوب استيفؤها بشكل منظم.
 - إيجاد الفراغات المناسبة بالنموذج الواجب استخدامه بما يكفل استيفاء المعلومات المطلوبة على أكمل وجه.
 - تسمية النموذج وترقيمه بما يكفل إمكانية تمييزه عن باقي النماذج المستخدمة في المستشفى وبما يساعد على حفظه واسترجاعه عند طلبه.
 - تحديد مقاس الورق المناسب لنماذج السجلات الطبية المراد استخدامه^(١).
 - وضع قائمة رئيسية بالنماذج والأوراق المحفوظة في السجل.
 - وضع فواصل بين كل مجموعة من النماذج المتشابهة موضوعيا.
 - استخدام الألوان على أطراف النماذج لسهولة تمييزها.
 - تخصيص جزء من المساحة أعلى النموذج لتسجيل بيانات المريض.
٥. **السرية والخصوصية والأمن:**

(١) حسان الجستاني. المرجع السابق. ص ١١٣-١١٤.

د. مريم صالح منصور

المحافظة على الثقة بين المريض والطبيب من أهم العوامل في نجاح الرعاية الطبية المقدمة للمريض، ومن الأهمية بمكان أن يشعر المريض دائما بأن ما يقوله للطبيب أو يطلعه عليه يبقى محصورا بين الاثنين فقط ولا يطلع عليه أحد ليس له علاقة، وهذه الخصوصية عنصر أساسي من أخلاقيات ممارسة مهنة الطب، وتنص على احترامها القوانين في معظم الدول^(١). ومن الجدير بالذكر أن لا تتحدث المرصيات عن المرضى أو الأسر في الممرات والمصاعد، أو في غيرها من الأماكن العامة، كذلك عدم الإفراج عن السجل الطبي إلا بعد موافقة المريض أو من ينوب عنه. ومن القضايا الهامة عدم تشويه السجلات الطبية، لأن ذلك يشكل سببا لإجراءات تأديبية. وبفحص السجلات الطبية عينة الدراسة، وجد أن الغلاف الخارجي لهذه السجلات بنسبة ٨٠% قد شوه نتيجة كتابة التشخيص والعلاج ومواعيد المتابعة... الخ.

١/٥ سياسة مستشفى معهد الكبد القومي في إعدام السجلات الطبية الغير نشطة

يتم التخلص من السجلات الطبية الغير نشطة "الخاملة" بعد انقضاء فترة خمس سنوات للمرضى البالغين. أما الأطفال دون ١٨ سنة، فيتم الاحتفاظ بسجلاتهم حتى سن البلوغ، وذلك بواسطة لجنة السجلات الطبية المكونة من مدير المستشفى وعدد "٢" من الأطباء، ومدير قسم السجلات. ويتم الإعدام بالحرق في محارق خاصة.

٦. مدى مطابقة التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي للمعايير المحلية والدولية:

جدول رقم (١٥) يوضح مدى مطابقة التوثيق في السجلات الطبية للمعايير المحلية والدولية

غير مطبق	لا	نعم	المعيار
		√	تؤمن المستشفى سجل طبي لكل مريض يراجع المستشفى
		√	يتضمن السجل الطبي لكل مريض رقما موحدا
	X		كل صفحة في السجل الطبي تحتوي على اسم ورقمه الطبي
		√	يحتوي السجل الطبي على كافة البيانات الضرورية للتعريف بالمريض
		√	تم التوقيع على أي معلومة تم إدخالها بالسجل
	X		التوثيق بالسجل الطبي مقروء وواضح للمتخصصين وغير المتخصصين
	X		كافة الإدخالات بالسجل الطبي مؤرخة
	X		تم توثيق الحساسية وردود الفعل السلبية للدواء بشكل بارز بالسجل
		√	تم توثيق التاريخ الطبي الماضي للمريض
	X		خطة العلاج مكتوبة وموثقة
	X		تم توثيق الخدمات الوقائية
		√	استخدام الإختصارات الطبية القياسية
X			تم استخدام الترميز الدولي للأمراض ICD-10
	X		ملخص الخروج يتضمن خطة العلاج، تعليمات الخروج، والمتابعة بعد الخروج

(^١) Alan F. (2012). Clinical Record Keeping Policy. PP 12- 13.

د. مريم صالح منصور

X			تم توثيق جميع تقارير التشاور في سجل المريض، وخطة المتابعة، والإجراءات المتبعة
	X		يتوفر توثيق عن التثقيف حول التغذية والطعام وتداخل الدواء
X			يتوفر توثيق بخصوص التعليم، التدريب، الشرح عن تشخيص حالة المريض والعلاج والمتابعة
		√	تم توثيق سجل تطعيم (للأطفال) محدثا
		√	جميع الإدخالات وثقت في وقت الحدث
	X		يوجد بالمستشفى مكان مخصص ومناسب لحفظ السجلات بطريق منظمة وآمنة
٣	٩	٨	المجموع

باستقراء جدول رقم (١٥)، تبين أن التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي غير مطابق للمعايير المحلية والدولية بنسبة ٦٠%.

نظام السجل الطبي الإلكتروني ومدى تطبيقه بمستشفى معهد الكبد القومي:

وتعد الصحة الإلكترونية أحد أنماط الإدارة الإلكترونية المعاصرة، إذ تقوم الصحة الإلكترونية بتوفير الاستشارات والخدمات والمعلومات الطبية إلى المريض عبر وسائل الكترونية. وتعد السجلات الطبية الإلكترونية واحدة من أفضل الأشكال المحورية التي تعتمد عليها عملية تقوم الرعاية الصحية داخل المستشفيات وبين مختلف أنواع المنظمات الطبية العالمية، وعلى الرغم من التقدم الهائل التي أحرزته تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في هذا المجال إلا أن مستشفى معهد الكبد القومي تفتقر إلى تطبيق أية أنظمة الكترونية سوى نظام الباركود في المعامل. وبسؤال عينة من القائمين على الرعاية الصحية قوامها ٣٠ طبيب و ٢٥ من هيئة التمريض، عن إمكانية تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني سؤال (رقم ٦٢ بقائمة المراجعة)، كانت الإجابة كالتالي (جدول رقم ١٦):

البيان	العدد	نعم	النسبة المئوية	لا	النسبة المئوية
الأطباء	٣٠	١٠	١٨,٢%	٢٠	٣٦,٤%
هيئة التمريض	٢٥	٥	٩%	٢٠	٣٦,٤%
المجموع	٥٥	١٥	٢٧,٢%	٤٠	٧٢,٨%

وباستقراء الجدول السابق تبين أن نسبة من ٧٢,٨% يرفضون تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني، وعللوا ذلك بأن إمكانيات المستشفى لا تساعد على إقامة نظام السجل الطبي الإلكتروني، هذا إلى جانب كثرة عدد المترددين يوميا على المستشفى، وعدم وجود كفاءات من العاملين لإدارة هذا النظام. علما بأن أهداف وفوائد استخدام السجل الطبي متعددة ومنها:

١. تقديم وتوفير جميع المعلومات الطبية الخاصة بالمريض بشكل متناسق ومتكامل.
٢. يقلل الأخطاء الطبية، ويساعد الفريق الطبي على تقديم رعاية صحية فعالة للمريض في أسرع وقت.
٣. يدعم محتوى السجل الطبي الإلكتروني قدرة الطبيب على التشخيص المبكر للمرض، وتوجه وتساعد الطبيب على اتخاذ القرار الصحيح في الفحص ووصف العلاج أو الجراحة المناسبة.
٤. تزيد من سهولة وفاعلية الاطلاع على المعلومات الطبية وتبادلها من قبل مقدمي الخدمة ومؤسسات الرعاية الصحية.
٥. سهولة وسرعة وصول الأطباء ومقدمي الرعاية إلى معلومات السجل الطبي من خلال أجهزة الحاسب أو الهواتف المحمولة.

د. مريم صالح منصور

٦. تزود نظم المعلومات الإلكترونية الحديثة السجلات الطبية بقدرات خاصة على معالجة البيانات وتحليلها.
٧. سهولة عرض البيانات والمعلومات الطبية بأكثر من طريقة لتناسب أغراضا عديدة. مثلا يمكن عرض البيانات الطبية المسجلة في شكل جداول مرتبة زمنيا أو رسومات بيانية لربط الأحداث الطبية بغيرها من الإجراءات والعمليات والتعليمات، مثل رعاية الحالات الحرجة في العناية المركزة.
٨. سهولة استخدام المعلومات الطبية من قبل الباحثين، لبحث مرض معين أو حال مرضية محددة أو تحديد مجموعات من المرضى بناء على خصائص معينة أثناء إجراء البحث.
٩. توفر الوقت وتقلل النفقات وتساعد الفريق الطبي في الوصول إلى التشخيص السليم وتقلل من نسبة هدر الدواء^(١).
١٠. وبناء على ما سبق، تقترح الباحثة إنشاء نظام داخلي متكامل لربط السجلات الطبية الإلكترونية للمرضى مع نظام معلومات المستشفى وخدماته المتنوعة التي تشمل حجرات المرضى، حركة السجلات الطبية، العيادات، المعامل، الصيدلة، والخدمات التمريضية المساعدة، إصدار الفواتير وغيرها من الخدمات الإدارية الأخرى. تمهيدا لربط كافة المستشفيات ببعضها البعض، من أجل تفعيل ما يعرف بالصحة الإلكترونية، وتطبيق الرقم الصحي الموحد، واستخدام البطاقة الصحية الذكية. وبذلك يتم التخلص من الملف الصحي الورقي المعتمد عليه تدريجيا مع تفعيل نظام السجل الطبي الإلكتروني لرفع كفاءة التوثيق بالسجلات الطبية لضمان استمرارية الرعاية المقدمة للمرضى والحد من الأخطاء الطبية.

خامسا: الخاتمة:

١ / ٥ النتائج:

من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة: تبين أن التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي غير مطابق للمعايير المحلية والدولية بنسبة ٦٥% من حيث:
الدقة:

- عدم وضوح خط الكثير من الأطباء في التوثيق بالسجلات الطبية، فكان الخط غير واضح ويصعب قراءته بنسبة ٤٥%.
- الأطباء غير ملتزمين بتصحيح الأخطاء بشكل صحيح ومعياري بنسبة ٦٦%.
- عدم توثيق التعليم ووسائله للمريض وأسرته بالسجلات الطبية بنسبة ١٠٠%.

الاكتمال:

- عدم اكتمال بعض عناصر الصفحة الأمامية.
- معظم صفحات (نماذج) السجلات الطبية لا تحتوي على هوية المريض بنسبة ٧٥%.
- عدم اكتمال البيانات الديموجرافية لمريض العيادات الخارجية بنسبة ٧٩%. بيان (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، رقم التليفون، البريد الإلكتروني).
- اكتملت البيانات الديموجرافية في الصفحة الأمامية لسجل المريض الداخلي بنسبة ٩٠%.
- عدم اكتمال الخطة العلاجية بنسبة ١٠٠%.
- نادرا ما يوثق النظام الغذائي المقدم وفقا لحالة المريض في السجل الطبي.

(١) موسى العجلوني. المرجع السابق. ص ٣٩٠-٣٩١.

السياسات والإجراءات المتبعة بالمستشفى:

القصور في السياسات والإجراءات المتبعة في التوثيق في السجلات الطبية من حيث:

١. عدم وجود أية سياسات ولا إجراءات مكتوبة ومعلنة عن استخدام الاختصارات الطبية القياسية.
٢. لا توجد سياسة أو غيرها من الوثائق التي تحدد وتيرة ملاحظات الطبيب حول تقدم الحالة المرضية.
٣. لا توجد سياسة أو غيرها من الوثائق التي تحدد (متى، وكيف، ومن) يوثق في السجلات الطبية.
٤. لا توجد سياسة أو غيرها من الوثائق التي تحدد (متى، وكيف، ومن) يستكمل السجل الطبي بعد خروج المريض.
٥. لا توجد سياسة معتمدة ومعلنة تتعلق باللغة المعتمدة في التوثيق بالسجل الطبي.
٦. لا توجد سياسة معتمدة ومعلنة تتعلق بأمن وسرية وخصوصية السجل الطبي.
٧. لا توجد سياسة معتمدة لعمل الإحصاءات الخاصة بالمرضى والمرض.
٨. لا توجد سياسة مكتوبة ومعلنة عن توثيق الأوامر الشفهية/ اللفظية، ولا تطبق المستشفى أي آلية بخصوص ذلك.
٩. لا توجد سياسة يتم تطبيقها عن كيفية إضافة الملاحظات إلى السجلات الطبية.
١٠. لا توجد خطة لدى قسم السجلات الطبية لتحسين الجودة تتماشى مع خطة المستشفى في هذا الشأن.

٢/٥ التوصيات:

- تطبيق وتفعيل المعايير المحلية والاستعانة بالمعايير الدولية في التوثيق بالسجلات الطبية، فالالتزام بالمعايير يساعد على زيادة الدقة والتكامل وتقليل من الأخطاء والتكاليف ورفع مستوى البحث العلمي، ويضمن استمرارية الرعاية الصحية وديمومة التطوير.
- جعل سلامة المرضى هي القاعدة وليس الاستثناء.
- توفير الوقت الكافي للتوثيق وتوفير أدواته، ومراجعة التوثيق السابق كجزء أساسي من رعاية المرضى.
- ضرورة وضع إستراتيجية لإدارة المعلومات الصحية على مستوى الدولة، يكون من أولوياتها وضع مقرر دراسي لطلاب الطب والتمريض عن كيفية التوثيق في السجلات الطبية، للحد من الأخطاء الحرجة وغير الحرجة.
- الاهتمام باستيفاء بيانات السجل الطبي للمريض وذلك توفيراً لوقت الطبيب عند تشخيص المرض، وضماناً لاستمرار متابعته، فضلاً عن إمكان خفض تكاليف العلاج لعدم الحاجة أحياناً إلى طلب فحوص سبق إجراؤها للمريض من قبل مما يؤدي إلى ضمان تقديم خدمة جيدة وبتكاليف أقل، وضمان تسليم الرعاية بشكل سلس إلى طبيب آخر.
- يفضل استخدام قائمة بالمشكلات التي يعاني منها المريض كفهرس لمحتويات السجل الطبي ترفق في مقدمة السجل توفيراً لوقت الطبيب، وتحسيناً للتوثيق في السجل الطبي.
- وضع الصحة الإلكترونية على رأس الأولويات الوطنية.
- تطبيق التصنيف الدولي للأمراض وأعراضها لتقديم وسيلة أفضل لتبادل المعلومات من خلال قنوات ووسائل معياري تضمن تواصل واستمرارية رعاية المرضى على مستوى مستشفيات الدولة.
- إنشاء نظام حفظ مركزي للسجلات الطبية، وذلك لسهولة استرجاعها ومراجعتها عند الحاجة.
- صيانة وتنظيم الوثائق (النماذج) في السجلات الطبية في ترتيب محدد.
- التأكد من أن النماذج في السجل الطبي تم تثبيتها بإحكام داخل أغلفة السجلات الطبية.
- توفير التدريب الدوري للعاملين في قسم السجلات الطبية للمحافظة على أمن وسرية وخصوصية معلومات المرضى.

- العمل على تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني للحد من مشاكل التوثيق اليدوية.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المصادر والمراجع العربية

١. أحمد حامد محمود. دور التوثيق في إثبات المسؤولية الطبية. بحث منشور في المؤتمر العربي الثالث عن المسؤولية الطبية-دبي، الإمارات في الفترة من (١٢-١٣ نوفمبر ٢٠١٤).
٢. أحمد فتحي النجار. القواعد الفعلية لتوثيق وأرشفة العمل الخيري. متاح على: <http://www.hdevelop.org/articles21.html> تاريخ الوصول [٢٠١٣/٦/١٣].
٣. أحمد مختار عبد الحميد عمر. معجم اللغة العربية المعاصرة، جذر: وثق. ط. عالم الكتب: القاهرة ٢٠٠٨ متاح على: <http://www.oudnad.net/spip.php?article60#sthash/ZpC9P66H.dpf>
٤. تاريخ الوصول [٢٠١٣/٩/٣].
٥. أمينة محمود حسين محمود. دور نظم معلومات السجلات الطبية في تخطيط ومراقبة العمليات في المستشفيات: دراسة ميدانية- جامعة القاهرة: كلية التجارة. قسم إدارة الأعمال. (أطروحة- دكتوراه)، القاهرة، ١٩٩٤.
٦. حسان الجستاني. إدارة المستشفيات. معهد الإدارة العامة- المملكة العربية السعودية، ١٩٩٩.
٧. سهم القصيمي، حازم نجيب طويبا. نظام السجل الطبي الإلكتروني: مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة. بحث منشور في المؤتمر العلمي الدولي عولمة الإدارة في عصر المعرفة- جامعة الجنان طرابلس، لبنان. في الفترة من (١٥-١٧ ديسمبر ٢٠١٢).
٨. الفيروزأبادي، محمد ابن يعقوب. القاموس المحيط. ج٣- ط [د.م]: مؤسسة الرسالة، ١٩٩٦.
٩. معهد الكبد القومي. دليل المعهد والمستشفى. مطابع جامعة المنوفية: شبين الكوم. ٢٠٠٥.
١٠. منظمة الصحة العالمية. التهاب الكبد الفيروسي: تقرير نت الأمانة. الدورة السادسة والعشرون بعد المائة- نوفمبر ٢٠٠٩م. ص ١. متاح على:
١١. <http://www.who.int/campaigns/hepatitis-day/2014/ar> تاريخ الوصول [٢٠١٤/٩/١٣]
١٢. موسى طه العجلوني. إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحديثة= Medical records Management in Modern Hospitals - ط ٢. دار الفكر: المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠١٥- ص ١٣٥.
١٣. ميساء محروس أحمد مهران. إدارة السجلات الطبية بالمستشفيات بالإسكندرية. -مجلة المكتبات والمعلومات العربية. س ٢٣، مج ٤. أكتوبر (٢٠٠٣)، ص ص : ١١٩-١٦١.
١٤. الصحة العالمية: ٢٢% نسبة إصابة المصريين بفيروس سي EL-BALAD.COM "صدى البلد - <http://www.el-balad.com/845408> N.p., n.d.Web. 15 June 2013.
١٥. ويب <http://www.pulpt.alwatanvoice.com/articles/2005/12/01/3162.html> تاريخ الوصول [٢٠١٤/١/٢٠]

ثانياً: المصادر والمراجع الأجنبية:

- (1) A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and. Blue Shield Association of New Mexico. Medical Records Documentation Standards, pp 1-2. Available at [http://www.bcbsnm.com/pdf/medical records.pdf](http://www.bcbsnm.com/pdf/medical%20records.pdf) Accessed [5/2/2013]
- (2) A Guide to Better Physician Documentation Physician Documentation Expert Panel November 2006.- Pp 2-3. Available at: [http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/pdf/guide b pd.pdf](http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/pdf/guide%20b%20pd.pdf) Accessed [15/4/2014]
- (3) Alan F. Clinical Record Keeping Policy.-[n.l: n.p], 2012.- .pp 12-13
- (4) Andel C. ,... [et.al.]— The Economics of Health Care Quality and Medical Errors. *J. Health Care Finance.* 39.- [n.l: n.p] ,2012 , -pp39-50.
- (5) Brian J. Murphy (2011).Principles of good medical record documentation. *J Med Pract Manage.* 16.- [n.l: n.p] ,2011.- pp258-60.
- (6) College and Association of Registered Nurses of Alberta Documentation Standards for Regulated Members. Edmonton. (2013). Available at: <http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/Standards/DocumentationStandardsJan2013.pdf> Accessed [5/6/2014]
- (7) College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). Documentation Standards for Regulated Members. Edmonton. (2006) Available at: <http://www.ab.ca./default.htm> . Accessed at [20/1/2013]
- (8) David L., Richard M., Nancy F. Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety. *Health Policy Monitor.* 6 .- [n.l: n.p] ,2001.- pp 108-110.
- (9) David M. L. An Evaluative Study of User Satisfaction and Documentation Compliance: Using an Electronic Medical Record in an Emergency Department. Master of Science, Ohio State University, Allied Medical Professions, 2010.-P 109 .
- (10) David W. Bates, adverse Drug Events Occurring Following *Hospital.* *J. Gen. Inter. Med.* (2005). PP 317-323
- (11) Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2013). Available at: <http://www.crnns.ca/documents/DocumentationGuidelines.pdf> Accessed at [18/8/2014]
- (12) Egypt. Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards. USAID, Sixth Edition May 2005. Available at: <http://www.who.int/management/EgyptianHospitalAccreditationStandards.pdf> Accessed at [25/10/2014]
- (13) Farhan J., ...[et.al]. Documentation and coding of medical records in a tertiary care center: a pilot study. *Ann. Saudi Med.* (2005), 25 (1): 46-49
- (14) Geiger G fet.al.1. An analysis of the paper-based health record: information content and its implications for electronic patient records. *Medinfo.* 1995: 8 Pt 1:295

- (15) Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop September 2007. P7. Available at:
https://occupationaltherapv2012.files.wordpress.com/2012/03/20Q7guidelines_for_clinical_doc.pdf Accessed at [2/3/2013]
- (16) Health Care Documentation Quality Assessment and Management best Practices July 2010. Available at:
<http://www.ahdionline.org/LinkClick.aspx?fileticket=f3sQg96ixiQ%3D&tabid=601> Accessed at [15/4/2013]
- (17) Health Care Records - Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. 2012). Available at:
<http://www.health.nsw.gov.au/policies/> Accessed at [20/12/2014]
- (18) Iain Carpenter,... [et.al.]. Medical records and record-keeping standards. *Clinical Medicine*, 2007 - PP 328-331.
- (19) Joan S. Documentation Requirements for the Medical Record. Administrative - Medical Staff. (2011) Available at:
http://www.ncqa.Org/portals/0/policvupdates/supplemental/quidelines_medical_record_review.pdf Accessed at [16/5/2014]
- (20) Kreuziger T. (1994). Documentation Standards for Medical Records. Group Health Cooperative. Vol.:V number: CL.HIM.034.pp 1-4. Available at:
<https://qhscsw.com/SiteCollectionDocuments/Provider Handbook/Document - Standards Policy.pdf> Accessed at [2/3/2014]
- (21) Makela K. ...[et.al.]. Electronic patient record systems and the general practitioner: an evaluation study. *J Telemed Telecare*. 2005.- PP 66-68.
- (22) Mathieu F., ...[et.al.]. Electronic medical record systems, data quality and loss to follow-up: survey of antiretroviral therapy programmes in resource-limited settings. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008. PP 939-947.
- (23) Medical Errors and Patient Safety Concerns. Reviewed February \ by Wanda Lockwood, RN, BA, MA, 2014 Available at:
<http://www.rn.orq/courses/coursematerial-135.pdf> Accessed at [9/12/2014]
- (24) Medical record documentation. Reviewed, May 2013. Available at:
http://www.ncmedboard.org/position_statements/detail/medical_record_documentation Accessed at [16/5/2014]
- (25) National Academic Reference standards (NARS). Medicine,.- 1st edition .- [n.l: n.p], 2009.- P20.
- (26) Noureldin M., ...[et.al.]. Quality of documentation of electronic medical information systems at primary health care units in Alexandria, Egypt. *Eastern Mediterranean Health J. (EMHJ)*, 2014.- PP 105-111.
- (27) Phillips, A., ...[et.al.]. Medical record documentation: The quality of physiotherapy entries. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. July 2006. Volume 4 Number 3. Available at:

- <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol4num3/phillips.pdf> Accessed at [28/10/2014]
- (28) Potter, P.A., Perry, A.G. Canadian fundamentals of nursing. Toronto, ON: Elsevier Canada, 2010.
- (29) Stedman, T. L. (2000). Medical dictionary. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 27th ed.USA. Available at <http://www.lww.com/stedmans> Accessed at [6/11/2013]
- (30) Tejal Gandhi. Medical Errors and Patient Safety. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Washington, July 18, 2014. Available at: <http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm> Accessed at [17/4/2014]
- (31) Thomas G. Gutheil. Fundamental of Medical Record Documentation. Psychiatry (Edgmont). ,2004. - PP 26-28.
- (32) Tully M.P., Cantrill J.A.. Insights into creation and use of prescribing documentation in the hospital medical record. J Eval Clin Pract, 2005.- PP 430-437.
- (33) Web. Available at: http://www.msdc.org/memberCenter/10Principles_of_DocumentationforMedicalRecords.shtml Accessed at [5/3/2014]
- (34) Web: Available at: <http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%81%D8%AD%D8%B5%D8%B3%D8%B1%D9%8A%D8%B1%D9%8A> Accessed at [4/8/2013]
- (35) Wood D.L. Documentation guidelines: evolution future direction and compliance. American J, Medicine, 2001.- PP 332-334.
- (36) World Health Organization. Medical Record Manual: a guide for Developing Countries. Westwern Pacific - Region. 2006. P 65. Available at: <http://www.wpro.who.int/publications/docs/MedicalRecordsManual.pdf> Accessed at [25/2/2014]
- (37) Yasunaga H., ...[et.al.]. Computerizing medical records in Japan. Int J Med Inform. ,2008. PP 708-713.

التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي بشبين الكوم محافظة المنوفية (دراسة تحليلية) /
د. مريم صالح منصور

ملحق رقم (٢)

الصفحة الأمامية من سجل مريض العيادات الخارجية

MENOUFIA UNIVERSITY
NATIONAL LIVER INSTITUTE
Founded by Yassin Abd El Ghaffar in 1986 (1)

جامعة المنوفية
معهد الكبد القومي
تأسس في عهد الفقير عام ١٩٨٦

MEDICAL RECORD

NAME : SERIAL NU :
OCCUPATION : SEX : MARITAL ST. :
RESIDANCE : AGE : SP.HABITS :
TELEPHONE NU :

COMPLAINT :
PRESENT HISTORY :

PAST HISTORY :

FAMILY HISTORY :
CURRENT THERAPY :

EXAMINATION

GENERAL EXAMINATION :- PULSE :
MENTAL STATUS : B.P. :
MANIF. OF L.C.F. TEMP :
OTHERS : B.W :

ملحق رقم (٣)

نموذج المتابعة للمريض الخرجي

FOLLOW UP NOTES

DATE	COMPLAINT	EXAMINATION	ACTIONS	SIGNATURE

ملحق رقم (٤)

الصفحة الأمامية لسجلات مريض الداخلي

CLINICAL SHEET
PERSONAL HISTORY

NAME : SEX :
AGE : MARITAL STATUS :
OCCUPATION : RESIDENCE :
SPECIAL HABITS :
- SMOKING :
- CONTACT WITH CANAL WATER :
- OTHERS :

جامعة المنوفية
COMPLAINT
PRESENT HISTORY

معهد الكبد القومي

PAST HISTORY
DIABETES MELLITUS :
TB :
DRUGS :
BLOOD TRANSFUSION :
TATTOOING :
HYPERTENSION :
BILHARZIASIS :
OPERATIONS :
DENTAL PROCEDURES :

FAMILY HISTORY

د. مريم صالح منصور

ملحق رقم (٥)

نموذج شيت الخروج



DISCHARGE SHEET

جامعة المنوفية
معهد الكبد القومي
أسسه بين يديه الفقار عام ١٩٨٦ م
قسم امراض الكبد



NAME _____ SEX _____ AGE _____
DATE OF ADMISSION _____ DATE OF DISCHARGE _____

CLINICAL DATA
BRIEF HISTORY _____

LIVER _____
ASCITES _____
OTHERS _____

LAB

L.F.T.S _____ T.Pta _____ ALB _____ T.BIL _____ D.BIL _____
R.F.T.S _____ SGPT _____ SGOT _____ ALK.PH. _____ GGT _____
C.B.C _____ UREA _____ CRRA _____ Na _____ K _____
P.C. _____ HT _____ RBCS _____ WBCS _____ PLTS _____
VIRAL MARKERS _____ HBV _____ HCV _____
OTHERS _____

LIVER BIOPSY _____

ABD.US _____
LIVER _____
ASCITES _____
OTHERS _____

ENDOSCOPY _____
UPPER _____
OTHERS _____

OTHERS _____

DIAGNOSIS _____

CHILD-PUGH SCORE _____

PLAN _____

RECOMMENDED TTT _____

SIGNATURE _____

ملحق رقم (٦) قائمة المراجعة

الرقم	السؤال	نعم	لا
١	هل يوجد بالمستشفى سجل طبي لكل مريض يتم تقييم حالته أو معالجته؟		
٢	هل كل السجلات الطبية تحتوي على معلومات كافية للتعرف على المريض، بما في ذلك الاسم والعنوان وتاريخ الميلاد؟		
٣	هل كل السجلات الطبية تحتوي على معلومات كافية لتعزيز استمرارية الرعاية؟		
٤	هل يتم فحص المريض بدنيا (مثل ضغط الدم-السكر-النظر... الخ)؟		
٥	هل توثق نتائج كافة الفحوصات التشخيصية بما فيها الروتينية والناشئة في السجل الطبي للمريض، ويتم استلامها ضمن الإطار الزمني الذي حددته كل إدارة تقوم بالفحوصات التشخيصية؟		
٦	هل يتم تسجيل جميع التشخيصات وتحديثها وفقا لنتائج الفحوصات أو إعادة التقييم؟		
٧	هل تسجل جميع العلاجات بما فيها الأدوية عند إعطائها للمريض مع التوقيع من قبل الشخص المعالج وكتابة التاريخ والوقت؟		
٨	هل يوثق السجل الطبي أن الأطباء و/أو مقدمي الرعاية الصحية قد شرحوا لجميع المرضى التشخيص والعلاج وخطوات المتابعة وحصلوا على التغذية الراجعة من المرضى بخصوص ذلك؟		
٩	هل المرضى فهموا ما شرح لهم من خلال التغذية الراجعة؟		

١٠	هل يتوفر توثيق عن التثقيف حول التغذية والطعام وتداخلات الدواء وإعادة التأهيل؟
١١	بالنسبة لتشخيص المريض هل يتوفر توثيق عن التثقيف حول الحد من المخاطر، النظام الغذائي، وممارسة الرياضة، والإقلاع عن التدخين، وغيرها من الممارسات الصحية حسب الاقتضاء؟
١٢	هل يتم توثيق جميع الأوامر التشخيصية والعلاجية من قبل الأقسام المناسبة؟
١٣	هل تفي المستشفى السياسات والإجراءات المتعلقة بالأوامر الشفهية (الهاتف، التسجيل الصوتي)؟
١٤	هل يتم توثيق الجراحة بكتابة تقرير شامل عن الإجراءات الجراحية في السجل الطبي بعد الجراحة مباشرة؟
١٥	هل لدى المستشفى سياسة يتم تطبيقها لتحديد القائمون بالتوثيق في السجل الطبي؟
١٦	هل يسهم تحديد من يقوم بالتوثيق لجميع الإدخالات بالاسم واللقب المهني (طبيب، ممرض، أخصائي علاج طبيعي) وجميع الإدخالات مؤرخة ومسجل عليها التوقيت؟
١٧	عند نقل المريض إلى مستشفى آخر هل يأخذ نسخة ملخصة من السجل الطبي مع ترك الأصل بالمستشفى؟
١٨	هل يوثق سبب نقل المريض إلى مستشفى آخر بالسجل الطبي؟
١٩	هل تستخدم المستشفى المصطلحات الموحدة في التشخيص؟
٢٠	هل توجد قائمة معتمدة بهذه المصطلحات ومعلنة لجميع الأطباء وهيئة التمريض؟
٢١	هل المستشفى لديه إجراءات لمراجعة السجلات الطبية؟
٢٢	هل يشارك ممثلون من كافة التخصصات من المسؤولين عن الإدخالات في السجلات الطبية في عملية مراجعة السجلات (المراجعة الكمية والنوعية)؟
٢٣	هل يتوفر لكل مريض رقم خاص بسجله الطبي؟
٢٤	هل توضح التفاصيل الخاصة بالمريض في كل صفحة من صفحات السجل؟
٢٥	هل التوثيق في السجلات الطبية يسهل قراءته لغير المتخصصين؟
٢٦	هل تتوفر سياسة يتم تطبيقها بالمستشفى تنص على اللغة التي تستخدم عند إضافة الملاحظات في السجلات الطبية؟
ثانياً: المتطلبات الخاصة الواجب توافرها في السجلات الطبية بالمريض الداخلي	
٢٧	هل يتم تسجيل الفحص البدني في السجل الطبي في غضون ٢٤ ساعة من قبول المريض أو قبل ذلك إذا لزم الأمر؟
٢٨	هل يتم تسجيل التاريخ المرضي والفحص البدني للمريض قبل الجراحة؟
٢٩	إذا كان قد تم الانتهاء من التاريخ والفحص البدني قبل القبول ويوجد منه نسخة مقروءة. هل يمكن استخدامها شريطة أن لا تزيد على ٣٠ يوماً؟
٣٠	هل يتضمن السجل الطبي التاريخ المرضي الشامل والفحص البدني؟
٣١	هل يتضمن التاريخ المرضي الشامل والفحص البدني: الشكوى الرئيسية للمريض؟ تفاصيل المرض الحالي؟ التاريخ المرضي السابق؟ التاريخ البدني؟ التاريخ النفسي والاجتماعي بما في ذلك العاطفة والسلوك والوضع الاجتماعي؟ تاريخ العائلة؟
٣٢	هل يتضمن التاريخ المرضي السابق الإدخالات السابقة والجراحة إن وجدت؟ الحساسية؟ التأثيرات السلبية للأدوية إن وجدت؟
٣٣	هل يتضمن التاريخ المرضي الشامل والفحص البدني للأطفال: جدول التطعيم؟ جدول نمو وتطور الطفل؟
٣٤	هل يتضمن السجل الطبي الفحص البدني الحالي، بما في ذلك المؤشرات الحيوية والنتائج الإيجابية؟
٣٥	هل يتضمن السجل الطبي إفادة بالاستنتاجات والانطباعات المستخلصة من تاريخ إدخال المريض والفحص البدني؟

٣٦	هل يتضمن السجل الطبي الخطة الأولية للعلاج بما في ذلك الفحوصات؟
٣٧	هل يتضمن ملاحظات التقدم الطبي للمريض من قبل الأطباء؟
٣٨	هل يوثق بالسجل الطبي النظام الغذائي وفقا لحالة المريض؟
٣٩	هل يتم إكمال سجلات المرضى الذين خرجوا في غضون فترة زمنية لا تتجاوز ١٥ يوما من تاريخ الخروج؟
٤٠	هل توقع جزاءات عند عدم إكمال السجلات الطبية خلال الفترة المحددة؟
٤١	هل يحتوي السجل الطبي على نسخة من ملخص الخروج؟
٤٢	هل يشتمل ملخص الخروج على: سبب الدخول؟ النتائج الهامة بما في ذلك الفحوصات؟ الإجراءات التي تمت؟ آية تشخيصات لحالته؟ الأدوية وغيرها من العلاجات إن وجدت؟ حالة المريض ووجهته عند خروجه؟ تعليمات المتابعة وكافة العلاجات التي يتوجب أن يأخذها المريض بعد خروجه من المستشفى؟ تعليمات الأظعمة والنظام الغذائي؟ اسم الطبيب الذي صرح للمريض بالخروج؟
٤٣	هل تتوفر سياسة للشطب وتصحيح الخطأ في السجلات الطبية؟
٤٤	هل يستخدم في الشطب والتصحيح الكركتور (المزيل)؟ بالقلم الجاف أو الحبر؟
المحور الثالث: المتطلبات الخاصة الواجب توافرها في السجلات الطبية بمرضى العيادات الخارجية	
٤٥	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضى الخارجيين الجدد من أجل التقييم الشامل؟
٤٦	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضى الخارجيين لإجراءات مراجعي العيادات الخارجية؟
٤٧	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضى الخارجيين لفترة مرض قصيرة أو في حالات الإصابة؟
٤٨	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضى الخارجيين لحالات المتابعة؟
٤٩	هل يعطي المريض نسخة من ملخص الخروج عند خروجه؟
المحور الرابع: قسم السجلات الطبية	
٥٠	هل تتوفر دليل حالي لسياسات وإجراءات قسم السجلات الطبية يتم تطبيقه؟
٥١	هل تتوفر بالمستشفى سياسة بشأن أمن السجلات الطبية؟
٥٢	هل يطبق المستشفى سياسة أمن السجلات الطبية؟
٥٣	هل تتوفر سياسة حول خصوصية وسرية معلومات المرضى؟
٥٤	هل تتوفر سياسة مطبقة حول الاحتفاظ بالسجلات الطبية والتخلص منها بعد فترة نشاطها؟
٥٥	هل تتوفر سياسة حول استكمال السجلات الطبية الناقصة؟
٥٦	هل تطبق المستشفى نظام التصنيف الدولي العالمي "ICD-10" للأمراض وأعراضها؟
٥٧	هل يتم تخزين/حفظ محتويات جميع السجلات الطبية وفقا لتسلسل سبق تحديده؟
٥٨	هل تتوفر سياسة مطبقة لإدارة وتصميم النماذج الطبية؟
٥٩	هل يوجد لجنة للسجلات الطبية ذات مسؤوليات واختصاصات محددة؟
٦٠	هل تعقد دورات تدريبية للعاملين بالتوثيق في السجلات الطبية حول المعايير وكيفية التوثيق؟
٦١	هل أنت مع تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني بالمستشفى؟