

التوثيق فى السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومى 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 فى السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومى ، ومدى مطابقته للمعايير المحلية والدولية ، من خلال فحص وتحليل (٤٠٠) سجل من السجلات الطبية لمرضى العيادات الخارجية والأقسام الداخلية (مرض كبد، اطفال ، جراحة). ومن النتائج التى أسفرت عنها الدراسة أن التوثيق فى السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومى 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 دراسى لطلاب كليات الطب والتمريض عن كيفية التوثيق فى السجلات الطبية ، للحد من الأخطاء الطبية ، والعمل على تطبيق نظام السجل الطبى الالكترونى للتخلص من مشاكل التوثيق اليدوية.

مقدمة:

يعتبر التوثيق فى السجلات الطبية أساس التواصل بين العاملين فى مجال الرعاية الصحية ، وهو المفتاح لتبادل المعلومات الهامة مع جميع أعضاء الفريق الطبى ليس فقط فى المستشفى الواحد ، ولكن أيضاً فى أماكن الرعاية الصحية الأخرى. كما يسمح التوثيق الجيد بنقل المعلومات التى يحتمل ان تكون المنقذة للحياة. وعندما يكون هناك فشل فى هذه الاتصالات بسبب التأخير فى نقل المعلومات نتيجة لسوء خط الأطباء ، أو استخدام مصطلحات ورموز غير مفهومة ، ستكون العواقب وخيمة على صحة المريض وجودة الرعاية ، فضلاً عن أهميته فى التعليم ، والتدريب ، والبحث العلمى ، لذا يجب أن يحظى موضوع التوثيق فى السجلات الطبية باهتمام خاص ومميز ، إلا أن هذا الموضوع لم يجد الاهتمام الكافى لدى القائمين على إدارة المستشفيات والمؤسسات الصحية فى الوطن العربى ، ومازال التقدم فى هذا المجال متواضعاً. فعلى الرغم من اهتمام الهيئة القومية للاعتماد بمصر بوضع معايير لإدارة المستشفيات منذ عام ٢٠٠٥م ، إلا أنها لم تُفعل فى العديد من المستشفيات حتى الآن. لذا كثرت الأخطاء الطبية التى تحدث بسبب القائمين على الرعاية الصحية "بشر ويخطئون" ، عندما يكون العمل أكثر من طاقتهم ، أو حدوث إهمال فى بعض الأحيان. وفى كثير من الأحيان يكون الخط الردى وما ينتج عنه من كتابة غير مقروء سبباً فى جعل الممرضات والصيدالة والفنيين والعديد من العاملين فى المستشفى يقضون وقتاً طويلاً فى تخمين ما كُتب من الطبيب ، وتلك التخمينات ليست دائماً صحيحة ، مما يؤدي إلى أخطاء طبية فادحة. وناهيك عن التحديد الخاطئ للمريض ، فقد يُعطى لمريض علاج مريض آخر ، أو نقل دم من فصيلة تخالف فصيلته تماماً مما يؤدي إلى هلاكه. وقد ذكر أندل وآخرون (Andel) أن عدم الوضوح فى التوثيق الطبى يؤدي إلى ٧٠٠٠ حالة وفاة سنوية فى الولايات المتحدة الأمريكية^(١). هذا إلى جانب ما يسببه مرض التهاب الكبدى الوبائى من خسائر فى الأرواح. فقد ذكرت منظمة الصحة العالمية فى يونيو (٢٠١٤) أن التهاب الكبدى الفيروسي من الأمراض المعدية المعروفة باسم التهابات الكبد الوبائى (A, B, C, D & E) الذى يؤثر على مئات الملايين من الناس فى أنحاء العالم كافة ، مما يتسبب فى أمراض الكبد الحادة والمزمنة ويؤدى بحياة ما يقرب من ١.٤ مليون شخص سنوياً^(٢). وفى تقرير لها عام (٢٠١٢م) ، ذكرت أن التهاب

^١ 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.

^٢ منظمة الصحة العالمية. التهاب الكبد الفيروسي : تقرير نت الأمانة. الدورة السادسة والعشرون بعد المانه. - نوفمبر ٢٠٠٩م. ص ١. متاح على : <http://www.who.int/campaigns/hepatitis-day/2014/ar> تاريخ الوصول [٢٠١٤/٩/١٣]

الكبد الوبائي (C) هو الأكثر شيوعاً بين المصريين بنسبة تصل إلى ٢٢% ، أى بمعدل فرد من كل أربعة أفراد^(١). وتختلف الإصابات في محافظات مصر ، فنجد في القاهرة ٨% ، وفي الاسكندرية ٦% ، وفي الدلتا ٢٨% ، وفي الصعيد ٢٦%. ونظراً لزيادة نسبة المصابين بمرض الالتهاب الكبدى الوبائي بوسط الدلتا ، تم إنشاء معهد الكبد بمدينة شبين الكوم بمحافظة المنوفية لمحاربة هذا المرض اللعين ومحاولة القضاء عليه. وانطلاقاً مما تقدم إنبثقت فكرة هذه الدراسة ، وهى إلقاء الضوء على التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومى بشبين الكوم وما يعتره من أخطاء ، ومدى مطابقته للمعايير المحلية والدولية في هذا المجال.

أولاً: الإطار المنهجي:

١/١ أهمية الدراسة ومبررات اختيار الموضوع:

١/١/١ الأهمية النظرية:

تستمد هذه الدراسة أهميتها العلمية من أهمية المشكلة المدروسة نفسها ، من حيث جذتها، وندرة الأبحاث باللغة العربية حول موضوعها ، مما يحتم إثراء الموضوع بالأبحاث والدراسات العربية. ومن خلال الإطلاع على الدراسات السابقة اتضح انها ركزت جميعها على نظم المعلومات الصحية وشكل السجل الطبى وطرق تنظيمه ، والفروقات الواضحة بين استخدامات السجل الورقى والالكترونى دون أن تدخل في أعماق هذه السجلات ، وتتعرف على التوثيق بداخلها ومدى صحته واكتماله ومعاييره ومبادئه. ومن هذا المنطلق فإن الباحثة ترى أن أى إضافة جديدة لهذا الاتجاه يمكن أن ينظر إليها على أنها مكسب جديد في مجال ادارة السجلات الطبية عملياً وعلمياً. كما تتبع أهمية الدراسة أيضاً من عظم وأهمية الموضوع الذى تتناوله وهو موضوع متعلق بصحة الإنسان أهم ما على الأرض من مخلوقات. فالسجلات الطبية للمرضى تعد بمثابة المادة الخام اللازمة لانتاج المعلومات الطبية التى تستخدم فى اداء العديد من الممارسات الطبية والإدارية بمستشفى معهد الكبد القومى ، والمرتبطة أيضاً بتقدم البحث العلمى وتحسين الرعاية الصحية للمرضى، كما تؤكد المعايير فى هذا المجال على انه لايمكن تحقيق جودة عالية فى تقديم الخدمات الصحية دون نظام معلومات محكم يقوم على التوثيق الجيد لمعلوماته ويوفر المعلومة الصحيحة لمقدم الخدمة فى الوقت المناسب حتى يتسنى له اتخاذ القرار السليم لمصلحة المريض ، وايضا لايمكن متابعة تطور الحالة دون تسجيل دقيق لكل مراحل التشخيص والعلاج ، ويجب ان ندرك أن السجلات الطبية الجيدة ضرورية ليس فقط من اجل الرعاية الحالية والمستقبلية للمريض، ولكن ايضا 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 فى السجلات الطبية منذ دخول المريض المستشفى وحتى الخروج حياً أو ميتاً لمعرفة مدى دقة التوثيق ومدى مطابقته لمعايير الجودة المحلية والعالمية.

٢/١/١ الأهمية التطبيقية:

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

٢/١ مشكلة الدراسة:

تتبع مشكلة هذه الدراسة من أهمية التوثيق فى السجلات الطبية ، وتأثيره الحيوى والخطير على جودة الرعاية الصحية للمرضى. وبما أن المشكلة الكبرى التى تواجه التوثيق فى السجلات الطبية هى غياب المعايير والأدلة المنهجية مما ينتج عنه أخطاء طبية فادحة تكبد الدولة خسائر فى الأرواح وشلل فى الاقتصاد ، هذا إلى جانب ما يسببه مرض الالتهاب الكبدى من خسائر ، وبذلك تصبح الخسارة مزدوجة.

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

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 غاندى (Tejal Gandhi)، رئيس المؤسسة الوطنية لسلامة المرضى ، واستاذ مساعد بكلية الطب جامعة هارفارد عندما فحصت إحصائيات الوفيات السنوية بالولايات المتحدة الأمريكية ، حقيقة تقشعر لها الأبدان ، وهى أن الأخطاء الطبية التى يمكن الوقاية منها تمثل القاتل الثالث بعد مرض القلب والسرطان⁽¹⁾.

٣/١ أهداف الدراسة:

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

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

٥/١ مجال الدراسة وحدودها:

يمكن توضيح حدود هذه الدراسة كالتالى:

١/٥/١ الحدود الموضوعية:

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

٢/٥/١ الحدود المكانية:

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

٣/٥/١ الحدود الزمنية:

تم إجراء هذه الدراسة وجمع المعلومات حولها فى عامى ٢٠١٣ م ، و ٢٠١٤ م.

٤/٥/١ مجتمع الدراسة:

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

٦/١ عينة الدراسة: تم اختيار عينة عشوائية من السجلات الطبية المقفلة بالمستشفى ، من حوالى

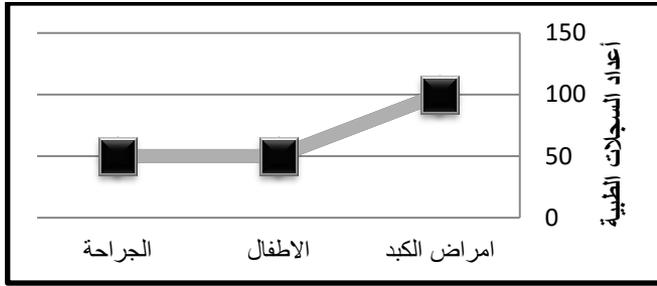
١٨٨٠٠٠ سجل فى عامى ٢٠١٣ م ، و ٢٠١٤ م ، بواقع ٢٠٠ سجل لمرضى العيادات الخارجية ، و ٢٠٠

¹ 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]

سجل للمرضى الداخليين. وتم اخذ تلك العينة من ثلاثة أقسام مختلفة كما هو موضح بالجدول رقم (١) ، والشكل رقم (١).

جدول رقم (١) يوضح اعداد السجلات الطبية التي فحصت في العيادات الخارجية والاقسام الداخلية

القسم	الوصف	خارجى	داخلى
طب الكبد		١٠٠	١٠٠
الاطفال		٥٠	٥٠
الجراحة		٥٠	٥٠



٧/١ مراجعة السجلات:

تم إجراء استعراض لعدد ٤٠٠ سجل من السجلات الطبية من الداخلى والخارجى لثلاثة اقسام (طب الكبد- اطفال - جراحة) ، في عامى ٢٠١٣م ، و٢٠١٤م. وتم فحص ثلاثة نماذج ، نموذج الصفحة الامامية من السجل الطبي للمرضى العيادات الخارجية ، والاقسام الداخلية ، بالإضافة إلى نموذج المتابعة لمرضى العيادات الخارجية ، ونموذج شيت الخروج للمرضى الداخليين ، من أجل التعرف على مدى اكتمال التوثيق فى السجلات الطبية ، ووضع اقتراحات للتحسين. أجريت مقابلات شبه منظمة مع عينة من الأطباء العاملين في الاقسام 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 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 إطلاعها على السجلات. أما بالنسبة لمقابلات الأطباء ، أكدت لهم الباحثة أن هويتهم ستظل مجهولة تماما وكانت المشاركة على أساس طوعي.

٢/٧/١ التحليل الإحصائي:

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

٨/١ المنهج المتبع فى الدراسة:

تسعى الدراسة للوصول إلى معرفة دقيقة ومفصلة حول التوثيق فى السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي ، وهذا يتوافق مع منهج دراسة الحالة Case Study بالاسلوب 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 اداة بحث في آن واحد. فهو قد يجمع بين الملاحظة، والمقابلة ، والاستفسار، للتعرف على التوثيق فى السجل الطبي الورقي ، والنماذج الورقية المكونة له ، ورصد

الأخطاء والتجاوزات من عدم اكتمال التوثيق والشطب غير المقنن فى السجلات، وكافة معايير التوثيق الجيد بالسجلات الطبية ومدى تطبيقها من قبل الاطباء وهيئة التمريض بمستشفى معهد الكبد القومى.

١/٨/١ أدوات الدراسة:

لغرض جمع البيانات والمعلومات حول موضوع الدراسة استعانت الدراسة بالأدوات التالية:

١-المقابلة الشخصية:

أجريت مقابلات مع عينة من الأطباء العاملين بمعهد الكبد القومى فى تخصصات مختلفة (طب كبد، اطفال، جراحة) ، وتم شرح الغرض من المقابلة وقد كان عدد الاطباء الذين وافقوا على المقابلة (١٠) اطباء ، بالإضافة الى مدير المستشفى ، ورئيس قسم الأرشيف.

٢- قائمة المراجعة:

تم اعداد قائمة مراجعة تناولت فيها الباحثة عدة اسئلة بلغت (٦١) سؤالاً مفصلاً ، وموضحا حول معايير التوثيق فى السجلات الطبية، لمعرفة مدى تطبيقها بالمستشفى المدروسة، واعتمدت الباحثة فى سرد هذه الاسئلة على المعايير الصادرة عن الهيئة القومية للإعتماد المستشفيات المصرية، ومعايير بعض الدول الاجنبية والعربية فى هذا الشأن.

٢/٨/١ جمع البيانات:

أعدت الباحثة أربعة قوائم لفحص وتدقيق (نموذج الصفحة الأمامية للمريض الداخلى والخارجى، نموذج المتابعة ، شيت الخروج) واستخدمت ثلاثة محاور لذلك (مكتمل ، غير مكتمل ، غير مطبق) واعتمدت فى تدقيق وفحص هذه النماذج على المعايير المصرية لإعتماد المستشفيات^(١) ، بالإضافة إلى المعايير الدولية لكل من المكسيك^(٢) ، واستراليا^(٣) ، والولايات المتحدة الأمريكية^(٤) ، هذا إلى جانب دليل العاملين فى السجلات الطبية فى الدول النامية ، الصادر عن منظمة الصحة العالمية^(٥)، للوقوف على مدى مطابقة التوثيق فى هذه السجلات من قبل الأطباء وهيئة التمريض للمعايير والأدلة فى هذا المجال ، وأسباب عدم اكتمال وصحة التوثيق فى هذه السجلات مع وضع اقتراحات للتحسين.

٩/١ الدراسات السابقة:

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

¹ 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]

² 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 Accessed [5/2/2013]

³ 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]

⁴ 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]

⁵ Medical record documentation. Reviewed, May 2013. Available at: http://www.ncmedboard.org/position_statements/detail/medical_record_documentation Accessed at [16/5/2014]

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

أولاً: الدراسات العربية:

في عام (٢٠١٤م) قدم أحمد حامد محمود^(١) 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 و بعض التطبيقات التي تؤدي إلى نشوء المسؤولية الطبية، وقدم الباحث عدداً من التوصيات كان من أهمها إظهار النجاحات العلاجية التي تتم بالمنشآت الصحية بوسائل الإعلام المختلفة لمواجهة نفس القدر مما ينشر ويشاع بشأن ما يقع بها من الأخطاء الطبية، وإيجاد مادة تدرس بكليات الطب حول كيفية مواجهة مخاطر العمل الطبي.

ثانياً: الدراسات الاجنبية:

١- وفي عام (٢٠١٤م) قدم مصطفى نور الدين وآخرون^(٢) دراسة بعنوان "جودة توثيق النظم الالكترونية 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 رأى 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 الشهور الثلاثة الأولى من عام ٢٠١١. وقد كانت البيانات الإدارية مستكملة تقريباً في كل من السجلات الورقية والالكترونية، 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 الالكترونية مقارنة بالسجلات الورقية يتراوح بين ٤٤% و ٨٢% أما العوائق الأكثر تكراراً والتي ذكرت على أنها تعرقل تنفيذ نظام السجلات الالكترونية فهي العبء الثقيل من العمل ودرجة تعقد النظام.

٢- في عام (٢٠١٠ م) قدم ديفيد ميخائيل^(٣) دراسة (ماجستير) بعنوان " دراسة رضا المستفيدين عن الالتزام بالتوثيق عند استخدام السجلات الطبية الالكترونية بقسم الطوارئ : دراسة تقويمية". أجريت الدراسة بقسم الطوارئ بمستشفى جامعة اوهايو، وهدفت هذه الدراسة لاستطلاع رضا المستخدمين، وقياس مدى الالتزام بالتوثيق في السجلات الطبية الالكترونية 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 الالكتروني لسهولة الوصول اليها. تم عمل مقارنة بين التوثيق في السجلات الورقية والسجلات الالكترونية. اوضحت الدراسة

¹⁰ أحمد حامد محمود. دور التوثيق في إثبات المسؤولية الطبية. بحث منشور في المؤتمر العربي الثالث عن المسؤولية الطبية- دبي، الإمارات في الفترة من (١٣-١٢ نوفمبر ٢٠١٤).

² Nouredin 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.

³ 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 .

أن نسبة التوثيق الإلكتروني بالسجلات الطبية (٩٨%) أعلى من نسبة التوثيق بالسجلات الورقية (٨٦%).

٣- فى عام (٢٠٠٨م) قدم العالم ماثيو فورستير (Mathieu Forster) وآخرون^(١) دراسة بعنوان "نظم السجلات الطبية الإلكترونية ، وجودة البيانات وفقدان المتابعة: مسح لبرنامج المعالجة بمضادات لفيروسات الايدز فى الاماكن محدودة الموارد". وهدفت الدراسة الى وصف قواعد البيانات الالكترونية التى تستخدم فى برامج المعالجة فيروس الايدز فى البلدان منخفضة الدخل ، وتقييم الإجراءات التى تتبعها هذه البرامج فى خفض فقدان متابعة المرضى. واجريت الدراسة فى ١٥ بلدا فى افريقيا ، واسيا ، وامريكا الجنوبية ، فى الفترة ما بين ديسمبر ٢٠٠٦م وفبراير ٢٠٠٧م ، وشملت الدراسة ٢١ موقعا ضمت ٥٠٠٦٠ مريضا ، وخلصت الدراسة الى وجود نقص فى التدريب على إدارة البيانات ، وعدم الالتزام المهني للعاملين بتوثيق تفاصيل المشاورات التى تجرى مع المريض ، مما ادى الى فقدان متابعة للمرضى بنسبة ٨,٥%.

٤- فى عام (٢٠٠٦م) قدمت انا فيلبس (Anna Phillips) وآخرون^(٢) دراسة بعنوان " التوثيق فى السجلات الطبية: جودة إدخلالات أطباء العلاج الطبيعي" هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى التوثيق فى السجلات الطبية للمرضى من قبل اخصائى العلاج الطبيعي فى مستشفى رويال أديليد (RAH)، جنوب استراليا، خلال عام ٢٠٠٣. وقد تم اختيار ١٠٠ من السجلات الطبية عشوائياً للمراجعة ، وتم تدقيق ٢٢٤ من إدخلالات اخصائى العلاج الطبيعي فى النموذج الطبي للمريض (التشخيص الأولى 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 حساب العدد الكلى للنتائج المكتملة بكل قسم من النموذج. وكانت النتيجة اكتمال قسمين من اقسام السجل الطبي الخمسة بنسبة ١٠٠% ، والقسمان يحتويان على متطلبات إلزامية من قبل مستشفى العلاج الطبيعي ، بينما كانت نسبة الاكتمال اقل فى باقى الاقسام الأخرى من السجل الطبي. واختلف مستوى التوثيق إلى حد كبير ، فخمسة بنود (٤.٣%) حققت معدل اكتمال بنسبة (١٠٠%) وهى التاريخ ، التوجه للعلاج الطبيعى ، التوقيع ، المعلومات التفصيلية عن المريض ، ما بعد الزيارة الأولى. وكان تشخيص أخصائى العلاج الطبيعى للمريض هو الذى أثر بشكل كبير على مستوى التوثيق بالسجل الطبي للمريض. مع ذلك أعتبر التوثيق مقبول على المستوى العام وأن هناك مجالاً للتحسين.

٥- وفى عام (٢٠٠٥م) قدم جمان فرحان وآخرون^(٣) دراسة بعنوان "التوثيق والترميز فى السجلات الطبية فى مركز الرعاية الثالثية: دراسة تجريبية" قامت الدراسة بتحليل عدد ٣٠٠ من السجلات الطبية للمرضى فى مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث ، وهو ما يمثل أربعة أقسام هى الطب والجراحة، وطب الأطفال وأمراض النساء والتوليد. وتم تدقيق السجلات طبقاً

¹ Mathieu F., ...[et.al]. lectronic 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.

² 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]

³ 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

للمبادئ التوجيهية للتصنيف الدولي للأمراض، الطباعة التاسعة، (ICD-9-CM)، للتعرف على مدى دقة واكتمال التوثيق والترميز في التشخيصات والإجراءات الأولية والثانوية التي يؤديها كل من الاطباء وفريق التمريض. تم تحليل ١٠٥١ عنصر من عناصر البيانات المستخرجة من السجلات، وجد ان 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) ^(١) دراسة بعنوان "أساسيات التوثيق في السجلات الطبية". تحدثت هذه الورقة عن أساسيات التوثيق في السجلات الطبية ووضع معايير حاكمة للاضافة والشطب في السجلات الطبية واستخدام المزالق والمؤشرات، وتوصلت هذه الدراسة إلى ضرورة توثيق أسماء الأطباء القائمون على الرعاية الصحية، وايضا هيئة التمريض واستخدام الاختصارات الطبية المعروفة لدى الفريق الطبي، وضرورة توثيق أى معلومة تضاف للسجل الطبي، وذلك بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسم الطبيب مع التاريخ، وذكرت الدراسة أن الطريقة المثلى لتصحيح إدخال موجود مسبقاً هو التأشير بانه 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) ^(٢) دراسة بعنوان " أساسيات التوثيق الجيد للسجلات الطبية". اشارت الدراسة الى سمات التوثيق للسجل الطبي، كتوثيق البيانات، بحيث تكون دقيقة، ومقروءة، ومنظمة تنظيماً جيداً، كما ولايد من تدوين تلك البيانات أولاً بأول من أجل متابعة حالة المريض. وقياس مدى تقدمه، لأن ما لم يدون يُعد 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 فراع لإضافة معلومات طبية جديدة.

¹ Thomas G. Gutheil. Fundamental of Medical Record Documentation. *Psychiatry (Edgmont)*, 2004.- PP 26-28.

⁽²⁾ Brian J. Murphy (2011). Principles of good medical record documentation. *J Med Pract Manage*. 16.- [n.l : n.p], 2011.- pp58-60.

٢/٩/١ 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 الالكتروني : مدخل لتطبيق الإدارة الالكترونية المعاصرة". واعتمدت الدراسة على منهج دراسة الحالة، تم اختيار مستشفى الحمداية العام في الموصل دائرة صحة نينوى ، مجالاً للدراسة بغرض تصميم نظام للسجل الطبي الالكتروني ، وتم تقسيم الدراسة إلى ثلاثة مطالب أساسية تضمن الأول الإطار المنهجي للدراسة بكافة تفاصيله، فيما حُصص المطلب الثاني لاستعراض الجانب النظري المرتبط بالإدارة الالكترونية المعاصرة والسجل الطبي الالكتروني ، أما المطلب الثالث فقد تناول الجانب التطبيقي للدراسة من خلال استعراض النظام المقترح ، واختتمت الدراسة بمجموعة من الإستنتاجات والمقترحات التي تخدم هدف الدراسة. وكان من نتائجها أن التكامل بين السجلات الالكترونية 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 الالكتروني 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 الافادة منها ، وقد اختارت الباحثة عينة من مستشفيات محافظة الاسكندرية 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 والامن، بالإضافة الى الاهتمام بالعاملين في أقسام السجلات الطبية وتأهيلهم وتدريبهم للاستفادة من الحاسب الآلي وتطبيقاته في مجال السجلات الطبية.
- ٣- في عام (١٩٩٤م) قدمت امينه محمود^(٣) 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

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

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

٣ أمينه 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.

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 حيوى في تخطيط ومراقبة العمليات بالمستشفيات محل الدراسة. كما توصلت الدراسة الى 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^(١) 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 الى التحقق من مدى تطبيق المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية لنظم السجلات الطبية الإلكترونية الذى بدأ تطبيقه منذ عام ٢٠٠١م من قبل وزارة الصحة اليابانية ، واستخدمت الدراسة المنهج المسحي عن طريق إرسال الإستبيان لعدد ٢٥٧٤ مستشفى و ٤٠٠٠ مركز صحى. قسم الإستبيان الى ثلاثة محاور هي: (ا) الى أى مدى تم تطبيق السجل الطبي الإلكتروني ، (ب) الأسباب التى أدت إلى عدم تطبيق نظام السجل الطبي الإلكتروني ، (ج) تقييم فاعلية ومردودية السجل الطبي الإلكتروني. وأظهرت الدراسة عدداً من النتائج منها بلغت مجموع الإجابات ٨١٢ استبانة بنسبة ٥١.٦% ، وأن ١٠% من المستشفيات بدأت في تطبيق نظام السجلات الطبية الإلكترونية ، وأن السبب الرئيس في عدم تطبيق بقية عينة الدراسة لنظام السجلات هو التكلفة العالية ، وتوصلت الدراسة أيضاً الى أن المعلومات الصحية في اليابان لازالت في مراحلها الاولى.

٢- وفي عام (٢٠٠٥م) قدم ماكيل (Makela)^(٢) وآخرون دراسة بعنوان "نظم السجلات الطبية الإلكترونية للمرضى واحتياجات الممارس العام: دراسة تقييمية". هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى ملائمة السجلات الطبية الإلكترونية لإحتياجات 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 اهمها أن اختلاف بيانات المرضى في السجلات الطبية الإلكترونية يعود إلى اختلاف الأنظمة المستخدمة ، وأن ٧٣% من بيانات المرضى التى يتوقع الأطباء والعاملون في الرعاية الصحية توفرها كانت متاحة في الانظمة الثلاثة ، وقد أوصت

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

2 Mäkelä K, ...[et.al.].Electronic patient record systems and the general practitioner: an evaluation study. J Telemed Telecare, 2005.- PP 66-68.

الدراسة بضرورة إدخال الأنظمة الالكترونية للسجلات الطبية ، وذلك بغرض تطوير الأداء في المستشفيات.

٣- وفى عام (٢٠٠٥م) قدم كل من تولى وجودث (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 تعليمى بانجلترا. 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 فى استعمال السجلات الطبية تعود إلى عدم وجود معيار رسمى محدد لتوثيق البيانات فى السجلات الطبية ، وقد أوصت الدراسة بضرورة العناية بعملية التوثيق المنهج فى السجلات الطبية ليتم استخدامها بكفاءة اكبر.

٤- وفى عام (١٩٩٥م) قدم جيجر (Geiger) وآخرون ^(٢) دراسة بعنوان " تحليل معلومات السجل الطبى الورقى وأثره على السجلات الطبية الالكترونية". هدفت الدراسة إلى تحليل السجلات الورقية للمرضى بهدف إعداد خطة استراتيجية لتنفيذ نظام محلى للسجلات الطبية الالكترونية لمركز Sunnybrook للعلوم الصحية فى كندا ، وقد تم تحليل ٦٤ نوع من حقول البيانات بعد بناء قاعدة بيانات علائقية من عناصر البيانات الممثلة فى نماذج البيانات البيوجرافية للمرضى ، العلامات الحيوية ، وأمر الطبيب. توصل الباحثون إلى أن هناك ازدواجية على مستوى عال بحقول البيانات ولا توجد آلية لضمان عدم ازدواجية تلك البيانات فى 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 فى النقاط التالية:-

- تنصب الدراسة الحالية على مستشفى معهد الكبد القومى الذى يعد من أهم المستشفيات حيوية ونشاطاً فى علاج أمراض تهدد حوالى ٢٢% من المصريين.
- بيئة الدراسة: تمت الدراسات السابقة فى بعض دول أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية ، والقليل منها فى الدول العربية فى حين تميزت الدراسة الحالية بأنها طبقت على إحدى المستشفيات المصرية المتخصصة فى علاج أمراض الكبد المتوطنة فى مصر.
- من حيث الهدف: استهدفت معظم الدراسات السابقة تقييم التوثيق لنموذج واحد فقط ، بينما استهدفت الدراسة الحالية ثلاثة نماذج بالسجل الطبى (الصفحة الأمامية ، شيت الخروج ، نموذج المتابعة).

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; 8 Pt 1:295

١١/١ مصطلحات الدراسة:

- **المريض الداخلي:** هو المريض الذي تم قبوله ليُدخَلَ في مرفق الرعاية الصحية ويمكث بها مدة تزيد عن ٢٤ ساعة^(١).
- **المريض الخارجي العام:** هو المريض الذي يراجع العيادات الخارجية دون موعد مسبق ولا يعتبر مريض الإسعاف والطوارئ من هؤلاء المرضى^(٢).
- **الصفحة الأمامية:** النموذج الأول في السجل الطبي ويدعى أيضاً صفحة التعريف والملخص^(٣).
- **الرعاية الثالثة:** رعاية استشارية متخصصة وتشمل تشخيص وعلاج المرض 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^(٤).
- **الفحص السريري أو الفحص البدني (Physical examination):** هو الفحص الذي يجريه الطبيب للمريض مستخدماً قوة الملاحظة وحواسه، كما قد يستعين بمعدات بسيطة للفحص على سرير المرض مثل السماع الطبية، ولكن بدون استخدام الوسائل الحديثة والمعقدة للتشخيص كالأشعة والفحوصات المعملية أو التصويرية وما شابهها^(٥).
- **الصحة الإلكترونية:** هي الاستخدام الموحد لتقنية المعلومات والاتصالات الإلكترونية في القطاع الصحي^(٦).
- **التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة ICD :** هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية (WHO) بنشره ومراجعه 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. وحالياً في طبعته العاشرة، المعروفة بالتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 ، مترجم إلى ٤٢ لغة ، ويوجد منه إصدارات معدلة حسب احتياجات الدول. مثل: ICD-10CA كندا ICD-10AM استراليا Fiji, Romania ICD-10PHI^(٧)

ثانياً: الجانب النظري:

١/٢ مفهوم التوثيق:

١/٢ التوثيق لغة : مصدر لفعل وثقَ بمعنى احكم الامر ، والتوثيق لغة له عدة معان منها : الاحكام : يقال وثق الشيء بضم الثاء وثاقه : قوي وثبت ، فهو وثيق ، ثابت محكم^(٨) . ومنها الائتمان : يقال :

1 World Health Organization. Medical Record Manual: a guide for Developing Countries. ibid, p112
2 World Health Organization. Medical Record Manual: a guide for Developing Countries. ibid, p111
3 World Health Organization. Medical Record Manual: a guide for Developing Countries. ibid, p111.
4 "tertiary health care." Mosby's Medical Dictionary, 8th edition. 2009. Elsevier 19 Apr. 2015 <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/tertiary+health+care>
5 Web: Available a
<http://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%81%D8%AD%D8%B5%D8%B3%D8%B1%D9%8A%D8%B1%D9%8A>
accessed at: [4/8/2015]
٦ ويب <http://www.moh.gov.sa/Ministry/nehs/Pages/Ehealth.aspx> تاريخ الوصول [٢٠١٤ /٧/١٥]
7 <http://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%B5%D9%86%D9> Accessed at [19/4/2015]
٨ 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.dpuf> تاريخ الوصول [٢٠١٣/٩/٣]

وتقت بكسر الثاء به أثق بكسرهما ثقة ووثوقاً : ائتمنته^(١). ويطلق على الشد والروابط من الوثائق : وهو ما يشد به من حبل وقيد ومنه قول تعالى { فشدو الوثاق } سورة محمد (الآية ٤) .

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 اغفال 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 ، ماله وما عليه من واجبات^(٢).

٣/١/٢ التوثيق بمعناه العام : هو التدوين والتسجيل المحكم، الذي يضمن الحفظ والبقاء للمعلومات والمدونات والمطويات على كافة أنواعها^(٣).

٤/١/٢ التوثيق من وجهة نظر المتخصصين:

- عرف كل من بوتز وبري (Potter & Perry ٢٠١٠م) التوثيق بأنه كل ما كتب يدوياً أو إلكترونياً 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.

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

١- يُسهل التشخيص والعلاج ، ويصل 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- تُعرف 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 والهاثفي للأوامر أو نتائج التحاليل في شكل كتابي، ويتم قراءتها مرة أخرى بغرض تأكيد المعلومات.

٥- تحسين الوقاية من تناول الأدوية الخاطئة: 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 امثلة: concentrated^(٦)

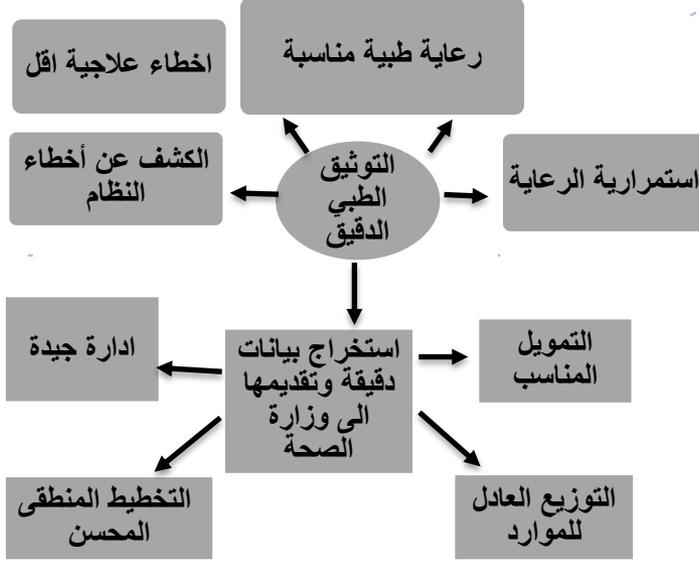
electrolytes as potassium chloride 2 mg/ml concentrated

١ (٧) الغير وابادي، محمد ابن يعقوب. القاموس المحيط. ج ٣. - ط٢. [د.م.] : مؤسسة الرسالة، ١٩٩٦، ص١٤
٢ ويب <http://www.pulpit.alwatanvoice.com/articles/2005/12/01/31621.html> تم الوصول إليه في [٢٠١٤/١٢/٠]
٣ احمد فتحي النجار. القواعد الفعلية لتوثيق وأرشفة العمل الخيري متاح على <http://www.hdevelop.org/articles21.html> تاريخ الوصول [٢٠١٦/٦/١٣]

4 Potter, PA., Perry, AG. (2010). Canadian fundamentals of nursing. Toronto, ON: Elsevier Canada.p212
5 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/DocumentationStandards_Jan2013.pdf Accessed at [5/6/2014]
6 Wood D.L. (2001). Documentation gudelines: evolution future direction and compliance. American J, Medicine Medicine 110:332-334

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

بالنظر إلى الشكل رقم (٢) ، يتضح أنه هناك علاقة وثيقة بين التوثيق الجيد والمكتمل فى سجل المريض وجودة الرعاية الصحية المقدمة له ، وتفادى الأحداث السلبية مثل (الأخطاء الدوائية) ، ويحافظ على استمرارية الرعاية ، كما يقدم أدلة على أن الرعاية كانت مناسبة فى جميع النواحي ، علماً بأن نقاط الضعف فى التوثيق تزيد من هامش الخطأ الذى يؤدي بدوره إلى إصابة المريض أو أن يكون عائقاً أمام دفاع الطبيب عن نفسه أمام القضاء. كما يعطى التوثيق معلومات كافية تساعد فى رصد الميزانيات المناسبة لقطاع الصحة والتخطيط العادل للموارد ، ومن ثم رفع كفاءة الأبحاث العلمية والتعليم المستمرة 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 البدنى الكامل مرتبطاً مع شكوي المريض.
 - مراجعة المعامل (المختبرات) ، الأشعة السينية، والخدمات المساعدة ، الأوامر - اذا لزم ذلك.
 - التقييم وخطة الرعاية (بما فى ذلك خطة الخروج- اذا كان ذلك ممكناً).
- ٣- يجب أن توثق كل التشخيصات السابقة والحالية للوصول إلى علاج/ أو استشارة الطبيب.
- ٤- يجب أن توثق نتائج أسباب الأشعة السينية والاختبارات المعملية والخدمات المساعدة الأخرى أو المدرجة فى السجل الطبي ونتائجها.
- ٥- ينبغي تحديد عوامل المخاطر الصحية ذات الصلة.
- ٦- يجب توثيق تقدم المريض بما فى ذلك الاستجابة للعلاج والتغيير فى المعاملة والتغيير فى 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 بالشكوي 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 اتمام الرعاية ، كما يمكن استخدام التوثيق في الإجابة على الأسئلة أو الإستفسارات عند المسائلة وتوفير الرعاية. والتوثيق لكثير من الأحداث في وقت حدوثها مهم جداً للمريض من لحظة دخوله المستشفى وتلقيه الرعاية الصحية حتى خروجه ، ويستخدم التوثيق لتحديث ذاكرة الطبيب/الممرضة إذا ما تم استدعائهم للدلاء 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 يُستخدم التوثيق للتأكد من أن مقدمي الرعاية للمريض (الطبيب/الممرضة) كانوا أمناء ، واتبعوا معايير وإجراءات الرعاية في الوقت المناسب طبقاً 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 طبقاً لسياسة المستشفى.^(٢)

ثالثاً: 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 الإختبارات التشخيصية والأدوية والإجراءات العلاجية.^{(٣)(٤)}

٢/٣ أغراض السجلات الطبية^(٥):

- توثيق سير المرض 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.

1 Web. Available at:

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

2 College and Association of Registered Nurses of Alberta. ibid

3 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]

4 World Health Organization. Medical Record Manual. ibid, P7.

5 World Health Organization. Medical Record Manual. ibid, PP 7-8

6 Joan S. (2011). Documentation Requirements for the Medical Record. Administrative - Medical Staff. 8P. Available at:

http://www.ncqa.org/portals/0/policyupdates/supplemental/guidelines_medical_record_review.pdf Accessed at [16/5/204]

- حماية المصالح القانونية للمريض والطبيب المسئول عن المريض والمستشفى.
- توفر البيانات التي تستخدم في مجالات الجودة وإدارة الموارد، والفتاير، والتعليم، والبحوث.

٣/٣ أقسام السجل الطبي:

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

١/٣/٣ البيانات الإدارية: Administration Data

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

١- بيانات ديموغرافية: Demographic Data

وتشتمل على إسم المريض والرقم القومى 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 إلتحق المريض بها ورقم السرير وتاريخ الخروج وأيام الإقامة.

٤- بيانات مالية: Financial Data

وتشتمل على بيانات الجهة التي سوف تغطى التكاليف المالية (تأمين صحى - تعاقد مؤسسى- علاج على نفقة الدولة- حساب شخصى)

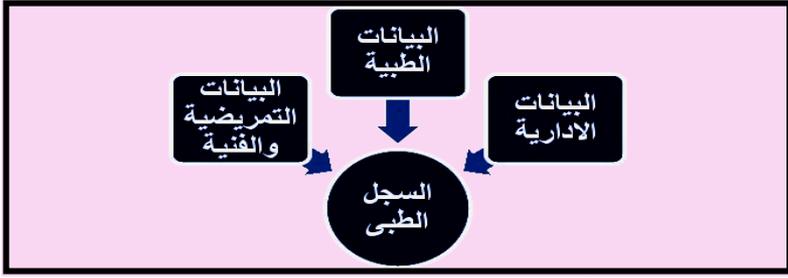
٢/٣/٣ البيانات الطبية: Clinical Data

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

٣/٣/٣ البيانات التمريضية والفنية:

هى كافة البيانات التي تسجل من قبل الفريق الطبي والمرضى والمعالجين النفسيين والصيدلانى واخصائى التغذية وغيرهم من له الحق فى التوثيق بالسجل الطبي للمريض، لتسجيل ملاحظاتهم حول الخدمات التي يقدمونها للمريض بناءً على الخطة العلاجية الموضوعية سلفاً من قبل الفريق الطبي. ولهيئة التمريض الدور الرئيس فى هذا المقام، لأنهم هم الذين ينفذون الجزء الأكبر من الخطة العلاجية. كما أن المريض يظل تحت المراقبة المباشرة وغير مباشرة على مدار ٢٤ ساعة من قبل هيئة التمريض. فالمرضة تعمل على تنفيذ الأوامر التي يصدرها الطبيب وتراقب مدى استجابة المريض للبرنامج العلاجي كما تقوم بتمرير المعلومات للطبيب المشرف أولاً بأول^(١).

١ موسى طه العجلونى . إدارة السجلات الطبية فى المستشفيات الحديثة = Medical Records Management In Modern Hospitals . - ط ٢ . دار الفكر: المملكة الاردنية الهاشمية، ٢٠١٥. - ص ٥٦-٥٧.



شكل رقم (٣) يوضح محتويات السجل الطبي
المصدر: من اعداد 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 أولى خطوات تسجيل المريض بالمستشفى ، إذ يتم فيه التعرف على هويته وضمه إلى جموع المرضى المسجلين سابقا ، وفق أنظمة المستشفى المتعلقة بأحقية العلاج ، وتبعا 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. ويوجه 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. 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.

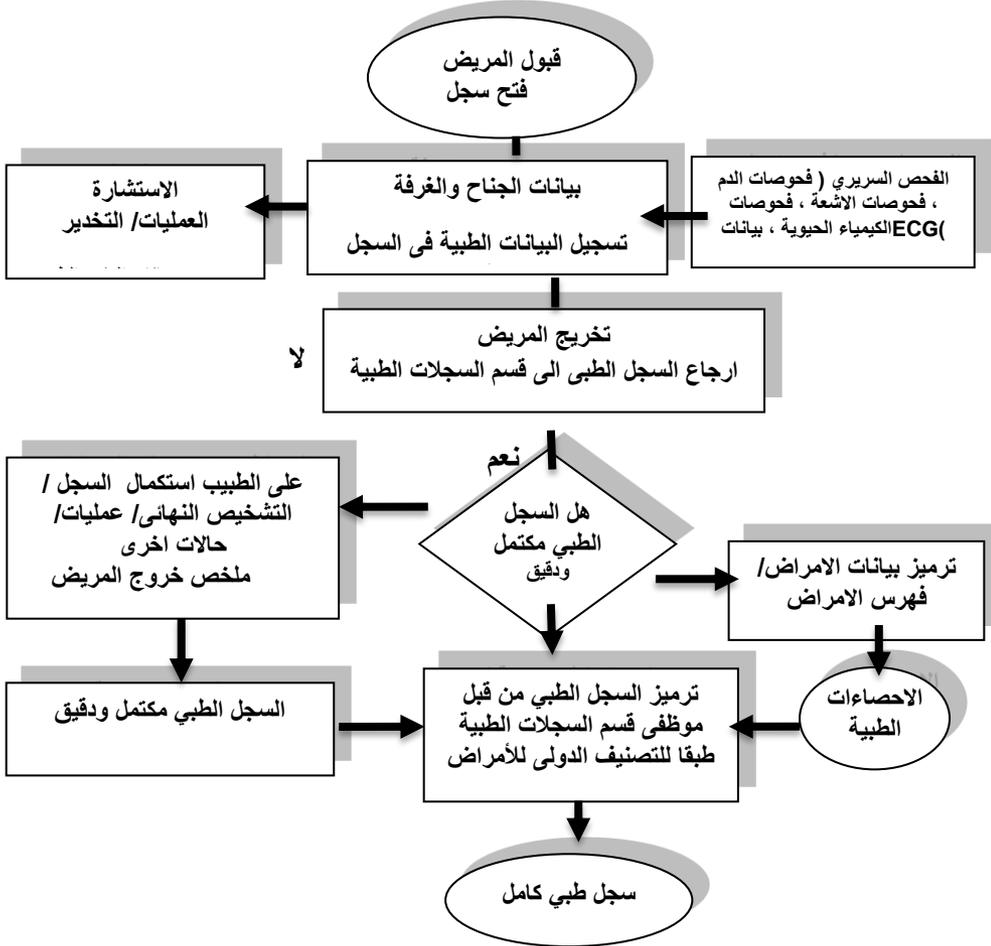
الحالة الثانية: في العيادات التخصصية بالمستشفى:

- 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 للمرضي 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 وتحديد 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 إستكمالاً لدراسة حالته أو لإجراء جراحة له.
 - تحويل المريض إلى مستشفى أو مركز صحي آخر لمتابعة حالته.
- وفي جميع هذه الحالات يُعد الأخصائي تقريراً يوضح فيه حالة المريض الصحية وما قام به من إجراءات ، ومدى إستجابة حالة المريض لها والتوصيات التي يقترحها. وعند الانتهاء من معينة المريض في العيادة التخصصية، يرسل سجلة الطبي إلى إدارة السجلات الطبية لحفظه.

الحالة الثالثة : في الأقسام الداخلية بالمستشفى:

يأتى المريض فى حالة نزيف دموى ، أو غيبوبة كبدية ، فيتم إدخاله إلى الأقسام الخاصة بالتنويم غالباً عن طريق الأخصائيين فى 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 للإستعلام منه عن مدى توافر أسرة فى القسم ، وبالتالي عن إمكانية حجز سرير للمريض. وفى حالة وجود سرير، يتم تحويل المريض إلى مكتب " إدخال المرضى " لإكمال الإجراءات النظامية لإدخاله واستحضار سجلة الطبي من قسم السجلات الطبية. وبعد إدخال المريض إلى المستشفى يقوم "مكتب الإدخال" بإشعار الأقسام المعنية بذلك ، ثم تعبأ بطاقة بها اسم المريض ورقم سجلة وتاريخ إدخاله واسم الطبيب المعالج ، وتعلق هذه البطاقة على لوحة موضح بها أرقام الغرف والأسرة فى المستشفى بحيث تحتل البطاقة المكان المحدد لرقم السرير وغرفة المريض بما يتيح إمكان معرفة الغرف الشاغرة بسهولة. وفى حالة عدم وجود سرير ، أو فى حالة رغبة المريض تأجيل دخوله المستشفى ، يعاد السجل إلى قسم السجلات الطبية ، ويدرج اسمه فى قائمة الانتظار حسب توصية الطبيب المعالج ، ويعطى المريض فى هذه الحالة بطاقة يحدد فيها موعد حضوره. ويُعد مكتب الإدخال قائمة بأسماء وأرقام المرضى الذين تقرر إدخالهم المستشفى قبل الموعد المحدد لإدخالهم بيومين على الأقل ، ويرسلها إلى قسم السجلات الطبية لتأمين سجلاتهم فى اليوم السابق لموعد دخولهم. وعند خروج المريض من المستشفى يرسل سجله الطبي بمعرفة محطة التمريض إلى الطبيب



شكل رقم (٤) يوضح دورة حياة السجل الطبي
المصدر : من عمل الباحثة استنادا على دليل منظمة الصحة العالمية^(١).

المعالج لكتابة خلاصة الخروج (Discharge Summary) ومن ثم يحول إلى قسم السجلات الطبية لحفظه^(٢).

٥/٣ 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. ويبين 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.

1 World Health Organization. Medical Record Manual. ibid,p 65.

٢ حسان الجستانی. إدارة المستشفيات. معهد الإدارة العامة : المملكة العربية السعودية، ١٩٩٩م

3 World Health Organization. Medical Record Manual . ibid, pp 11-12.

Admission and Discharge Record	نموذج الدخول والخروج
Authorization / Consent Form	نموذج التفويضات/ الموافقات
Medical History	نموذج السيرة المرضية
Physical Examination	نموذج الفحص السريري
s 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
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 النشأة:

يرجع الفضل الأكبر في إنشاء معهد الكبد القومي بشبين الكوم إلى الاستاذ الدكتور/ يس عبد الغفار رحمه الله ومجموعة من أفضل وأرقى أطباء مصر الذين تفاعلوا في مساعده لتحقيق هذا الحلم. أنشئ كمعهد متخصص لعلاج أمراض الكبد في مصر والعالم العربي طبقاً للقرار الوزاري رقم ١٢٥٦ بتاريخ ١٢/٧/١٩٨٥م. اختيرت محافظة المنوفية مكاناً لإنشاء هذا المعهد لتوسطها محافظات الوجه البحري، حيث تتعاظم نسبة الاصابات الكبدية بين سكان محافظات وسط الدلتا، وبدأ العمل به في مارس ١٩٨٧م.

٢/١/٤ مستشفى أمراض الكبد:

أنشئ مستشفى معهد الكبد بتاريخ ١٨/٥/١٩٩١م كوحدة ذات طابع خاص وذلك بهدف المساهمة في توفير الرعاية الصحية للمواطنين في ظروف ميسره في التخصصات الطبية المتعلقة بأمراض الكبد، وتوفير الإمكانيات اللازمة للبحوث الطبية، والقيام بواجبها في التعليم والتدريب، والبحث العلمي، مع اتاحة 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 وحدة زراعة الكبد:

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

٤/١/٤ الأقسام العلمية:

أولاً: الأقسام الإكلينيكية:

- قسم طب الكبد.
- قسم الجراحة الإكلينيكية للكبد والقنوات المرارية.
- قسم أمراض الكبد في الاطفال.
- قسم التشخيص الإشعاعي والتصوير الطبي.

- قسم التحاليل الطبية وأمراض الدم والمناعة.
- قسم الصحة البيئية للكبد.
- قسم التخدير والعناية المركزة.
- قسم علاج أورام الكبد والطب النووي.

ثانياً: الأقسام الأكاديمية:

- قسم الكيمياء الحيوية والاكلينيكية.
- قسم الطفيليات.
- قسم علم الأمراض (الباثولوجي).
- قسم علم الفيروسات والكائنات الدقيقة (الميكروبيولوجي).
- قسم العلوم الطبية والأساسية (التشريح وعلم الأنسجة ، علم وظائف الأعضاء ،
والفارماكولوجي).

ثالثاً: الأقسام الداخلية:

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

في عام ٢٠١٣م ، ضم مستشفى معهد الكبد القومي عدد (١٤١) سريراً ، موزعة على الأقسام الداخلية بالمعهد كما هو مبين بالجدول رقم (٢) ، كما يوجد عدد (١٥) عيادة خارجية ، بالإضافة الى عدد (٣) غرفة 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
1	الباطنة	36	25.51%
2	الجراحة	16	11.32%
3	الأطفال	15	10.60%
4	الحضانة	6	4.24%
5	الفوتو	4	2.82%
6	المناظير	8	5.65%
7	عناية مركزة (باطنة)	8	5.65%
8	عناية مركزة (جراحة متوسطة)	8	5.65%
9	الإستقبال	13	21.9%
10	جناح كلية	6	4.24%
11	جناح الزرع	6	4.24%
12	الغسيل الكلوي	2	1.42%
13	عناية مركزة (زرع)	5	3.53%
14	الأنجو والعينات	13	9.21%
	المجموع	141	100%

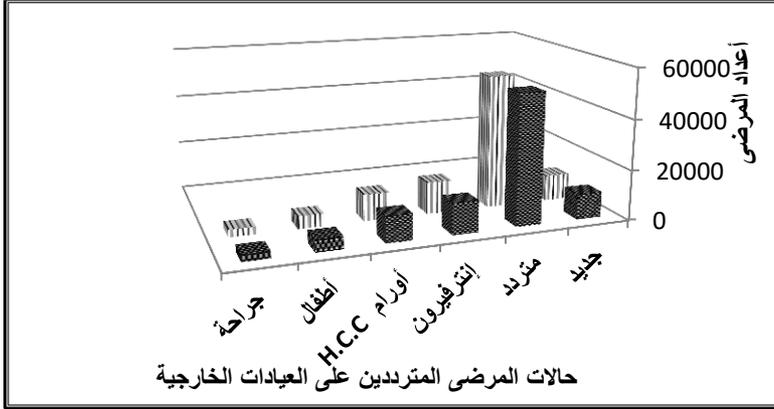
^١ معهد الكبد القومي. المرجع السابق. ص ٣٧

٥/١/٤ احصائية بأعداد المرضى بالعيادات الخارجية والأقسام الداخلية فى عامى ٢٠١٣م ، ٢٠١٤م:
١/٥/١/٤ أعداد المرضى بالعيادات الخارجية:

بلغ إجمالي أعداد المرضى المترددين بمختلف العيادات الخارجية ٩٣٠٧٥ مريض فى عام ٢٠١٣م ، بينما كان إجمالي أعداد المرضى المترددين فى 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) بين أعداد مرضى العيادات الخارجية بالأقسام محل الدراسة

العامة الحالة	٢٠١٣م	٢٠١٤م
جديد	١٠٢٠٠	١٠٤٢٥
متردد	٥٢٠٢٥	٥٣٣٢٠
إنترفيرون	١٢٥٠٠	١٢٧٩٦
أورام H.C.C.	١٠٥٠٠	١٠٧٠٤
أطفال	٥٠٠٠	٥٠٢٤
جراحة	٢٨٥٠	٢٩٧٢
المجموع	٩٣٠٧٥	٩٥٢٤١

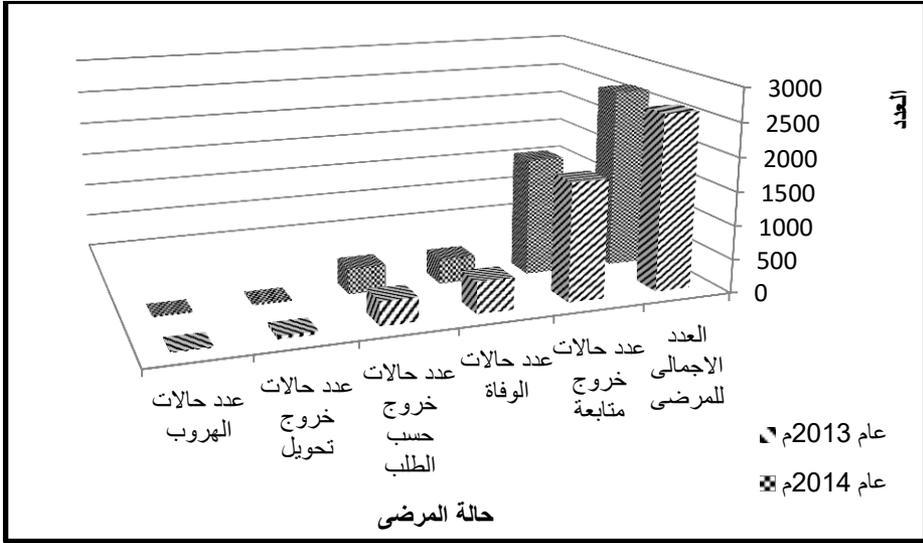


٢/٥/١/٤ أعداد المرضى الداخليين:

بالنظر لأعداد المرضى الداخليين فى عامى ٢٠١٣م ، و٢٠١٤م ، جدول رقم (٤) ، شكل رقم (٧). نجد عدم وجود زيادة فى أعداد المرضى ، وذلك لمحدودية عدد الأسرة . كما يلاحظ أن نسبة الوفيات كبيرة ، فقد بلغت حوالى ١٨% . ويرجع ذلك إلى وجود أخطاء طبية أدت إلى هذا الإرتفاع فى نسبة الوفيات. اما من حيث وجود حالات هروب لبعض المرضى ، فبسؤال هيئة التمريض تبين أن سبب الهروب هو تكلفة العلاج وبخاصة للمرضى الذين ليس لديهم مصدراً لتمويل علاجهم سوى أنفسهم. وفى حالات الهروب يتم عمل محضر للحالة فى قسم الشرطة ، ويرفق صورة منه بسجل المريض. وهناك حالة خروج تعرف بالخروج عند الطلب وفيها يتم خروج المريض بناءً على طلب مقدم من أهله ، وفى هذه الحالة يتم كتابة إقرار موقع عليه ومرفق به صورة بطاقة الرقم القومى لمقدم الطلب ، ومن ثم يتم عمل إذن خروج للحالة ويحفظ بالسجل الطبى للمريض.

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

العنصر	العام	2014	2013
اجمالي أعداد المرضى		2675	2612
عدد حالات خروج متابعة		1892 (%71)	1742 (%67)
عدد حالات الوفاة		364 (%13.6)	466 (%17.8)
عدد حالات خروج حسب الطلب		382 (%14)	348 (%13)
عدد حالات خروج تحويل		27 (%1)	41 (%1.6)
عدد حالات الهروب		10 (%0.4)	15 (%0.6)



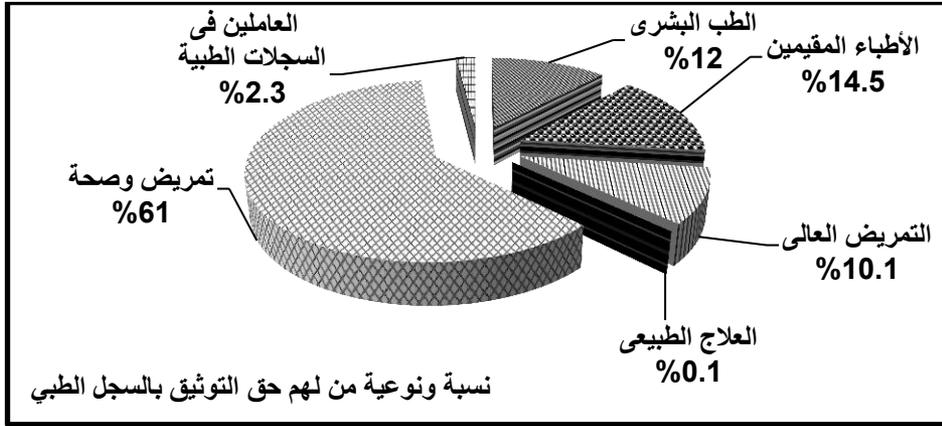
شكل رقم (٧) يوضح حالات المرضى الداخليين

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

الذى يقوم بالتوثيق في السجلات الطبية هو الشخص الذى 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 الفئة	ذكور	إناث	المجموع	النسبة المئوية
١	الطب البشرى	٤١	١٦	٥٧	١٢%
٢	الأطباء المقيمين	٢٥	٤٤	٦٩	١٤.٥%
٢	التمريض العالى	—	٤٨	٤٨	١٠.١%
٣	العلاج الطبيعى	٢	١	٣	٠.١%
٤	تمريض وصحة	٥٩	٢٣١	٢٩٠	٦١%
٥	العاملين فى السجلات الطبية	٦	٥	١١	٢.٣%
	المجموع	١٣٣	٣٤٥	٤٧٨	١٠٠%



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

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

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

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

¹ National Academic Reference standards (NARS) (2009). Medicine, 1st edition 20p.
2 Potter, PA., Perry, AG. (2010). Ibid, 212

١- الدقة Accuracy:

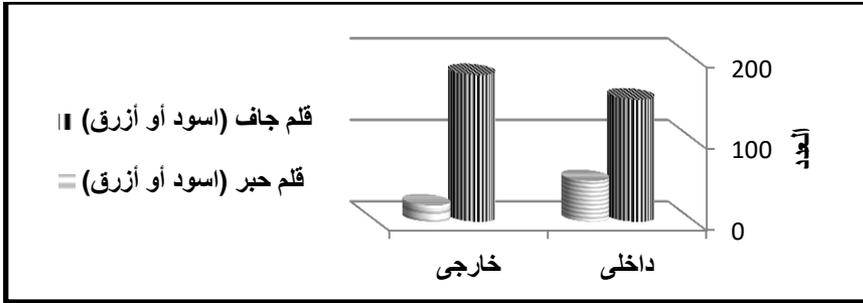
يتطلب جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية معلومات دقيقة عن المريض لضمان وضع خطة الرعاية الشاملة والمنظمة. والتوثيق غير المكتمل وغير الدقيق قد يضع المريض في خطر^(١). والدقة في تعيين الهوية الكاملة للمريض في وقت التسجيل. وذلك لتحديد المريض والتعريف به من خلال البيانات الديموغرافية "البيوغرافية" والشخصية على أن تكون كافية للسماح لنقل المعلومات في حالات الطوارئ.

١/١ وضوح الكتابة:

وبفحص السجلات الطبية عينة الدراسة ، تبين أن معظم التوثيق بالسجلات تم بقلم جاف أزرق أو اسود ، 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
90 %	180	75 %	150	نوع القلم المستخدم (اسود أو أزرق)
10 %	20	25 %	50	قلم حبر (اسود أو أزرق)



شكل رقم (٩) يوضح نوعية القلم المستخدم في التوثيق بالجدول 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 الإستشاريين في سجلات قسم الجراحة الداخلي ، وهذا يرجع لمكانة الطبيب العلمية وخبرته الكبيرة واطلاعة على معايير التوثيق. وبما أن المعايير الدولية تنص على ضرورة استخدام القلم الحبر في التوثيق ، حيث أن استخدام الحبر الأسود أفضل في الاستخدام في تكنولوجيا الماسح الضوئي عند أرشفة سجلات المرضى ، كما أن استخدام الأقلام الرصاص أو الأقلام الفسفورية الملونة يمكن أن تمحى أو يتم تغييرها ، وغير مناسبة

1 Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop September 2007. 15 p. Available at: https://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007_guidelines_for_clinical_doc.pdf Accessed at [2/3/2013]

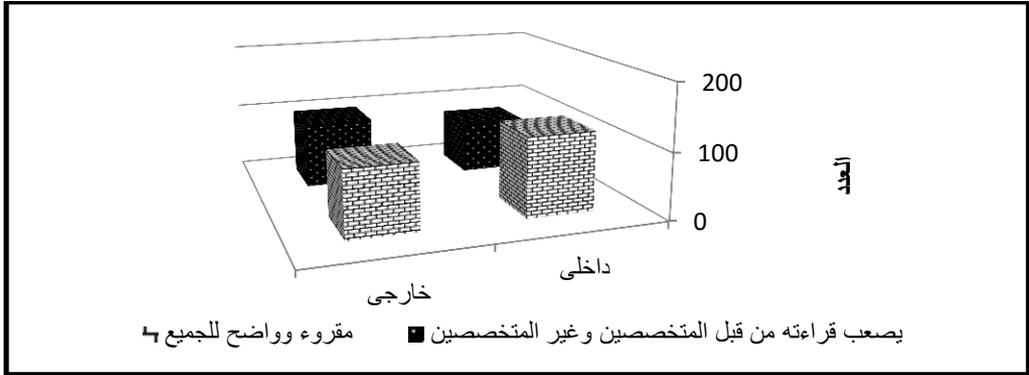
للتصوير الضوئي فيما بعد. كما يمنع استخدام الورق الملون حيث يصعب قراءته عند استخدام الماسح الضوئي في الأرشفة ، وذلك للمحافظة على استدامة بيانات المرضى^(١).

٢/١ الوضوح والتدقيق الإملائي:

الإملاء الصحيح يوضح مستوى من الكفاءة والاهتمام بالتفاصيل ، والأخطاء الإملائية أو أى إدخال غير مقروءة يمكن أن يؤدي إلى سوء تفسير المعلومات مما يسبب ضرراً فادحاً للمريض وربما يفضي بحياته ، وعلى سبيل المثال ، أسماء بعض الأدوية مثل (ديجيتوكسين والديجوكسين أو المورفينوال، 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 وعدم وضوح خط الأطباء وهينة التمريض في التوثيق بالسجلات الطبية

النسبة المئوية	خارجى	النسبة المئوية	داخلى	البيان العنصر
% 50	100	% 60	120	مقروء وواضح للجميع
% 50	100	% 40	80	يصعب قراءته من قبل المتخصصين وغير المتخصصين
%100	200	%100	200	المجموع



شكل رقم (١٠) يوضح وضوح خط الأطباء

يبين الجدول رقم (٧) والشكل رقم (١٠) وضوح وعدم وضوح الخط الذى تم به التوثيق في السجلات الطبية من قبل مقدمى الرعاية الصحية (الأطباء وهينة التمريض). نجد أن الخط في سجلات الأقسام الداخلية كان مقروءاً وواضح للجميع بنسبة (٦٠%) ، بينما كانت نسبة الوضوح وسهولة قراءته للجميع* 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 يومياً لا يعطى 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

1 Health Care Records - Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. Ibid, 17 p.

2 Potter, PA., Perry, AG. ibid ٢١٢

رعاية المرضى بطريقة آمنة. إذ تقول المعايير المصرية والأمريكية يجب ان يكون السجل الطبي مقروءاً لشخص آخر غير الطبيب الموثق⁽¹⁾⁽²⁾. ويمكن تقسيم الأخطاء الطبية الى فئتين ، حرجة وغير الحرجة كما يلي:

١/٢/١ الأخطاء الطبية الحرجة:

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

- إغفال المعلومات التى يملئها الطبيب للممرضة.
- إدخال معلومات غير محددة للهوية المهنية (طبيب ، ممرض/ ممرضة ، أخصائى علاج طبيعى ، أخصائى تغذية).
- تحديد خاطئ للمريض.

وبفحص السجلات عينة الدراسة ، وسؤال الأطباء وهيئة التمريض تبين التالى :-

- الأخطاء الناتجة عن التحديد الخاطئ للمريض تتم من قبل الأطباء عند لقاء المريض فى حجرة الرعاية يشنبه عليه مريض آخر بنفس الحجرة دون التوثيق فى ملفه الطبي ، فيكتب له علاج آخر.
- ومن الأخطاء التى ذكرتها الممرضة مرور أحد الأساتذة ، فيوصى بعلاج آخر للمريض ، فتغفل الممرضة عن كتابته ، فيعرض المريض فى الكثير من الأحيان إلى مضاعفات قد تؤدى بحياته.
- التشابه الكبير بين أسماء المرضى حتى الاسم الرابع ، وبالتالي يحدث خلط كبير فى المعامل بين تحاليل هؤلاء المرضى مما يسبب أخطاء فادحة فى العلاج. ومن الامثلة على اغفال المعلومات التى يملئها الطبيب للممرضة ما يلى:-

- ١- أملى الطبيب : يعطى المريض ٤٠ ملجرام من عقار اسيكس.
كتبت الممرضة : المريض على ٤٠٠ ملجرام من عقار اسيكس.
- ٢- أملى الطبيب: لم يكن لديه نوبات من فقدان الوعي.
كتبت الممرضة : كان لديه نوبات من فقدان الوعي.
- ٣- أملى الطبيب : Amaryl ٤ ملجرام مرتين يومياً.
كتبت الممرضة : Amaryl ٤ ملجرام ثلاث مرات يومياً.

٢/٢/١ الأخطاء غير الحرجة:

هذا النوع من الأخطاء لها تأثير على دقة وشمول ونزاهة التوثيق ولا تشكل خطراً فادحاً على سلامة المريض ، ومنها الإسهاب غير الصحيح فى كتابة التقارير دون التأثير على المعنى الطبي. ومنها أيضاً الأخطاء الإملائية ، والمطبعية ، والنحوية ، وعلامات الترقيم ، ورسملة الأسماء ، الأدوية ، الإختصارات ، اللغة العامية ، الخ⁽³⁾. كما حددت وكالة أبحاث الرعاية الصحية والجودة الأمريكية (AHRQ) فى تقريرها السنوى لعام (٢٠٠٣) ، ثمانى أسباب للأخطاء الطبية الشائعة بهدف القضاء عليها ، وهذه الأسباب هى:-

- ١- مشاكل الإتصالات: وهى من أكثر المشاكل شيوعاً ، والتى يترتب عليها مجموعة أخطاء طبية فادحة على كافة المستويات فى الرعاية الصحية المقدمة للمريض.

¹ Egypt.Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards. ibid

² Kreuziger T. (1994). Documentation Standards for Medical Records. Group Health Cooperative. Vol.:V number: CL.HIM.034.pp 1-4. Available at: https://ghcscw.com/SiteCollectionDocuments/Provider_Handbook/Document_Standards_Policy.pdf Accessed at [2/3/2014]

* تعقد الباحثة بالجمع : الأشخاص الآخرين من مقدمى الرعاية الصحية وغيرهم

3 Health Care Documentation Quality Assessment and Management best Practices July 2010. Available at: <http://www.ahdionline.org/LinkClick.aspx?fileticket=f3sQq96ixiQ%3D&tabid=601> Accessed at [15/4/2013]

- ٢- عدم كفاية تدفق المعلومات: وهذه تشمل عدم توافر المعلومات فى الوقت المناسب ، كنتائج المعامل ، وتنسيق أوامر الطبيب، تقارير الأشعة... الخ.
- ٣- المشاكل البشرية: وتشمل الإفتقار إلى المعرفة وعدم اتباع الإجراءات والمعايير فى التوثيق ، هذا يؤدي إلى تقديم رعاية صحية دون المستوى الأمثل.
- ٤- مشاكل متعلقة بالمريض: وتشمل الفشل فى تحديد المريض بشكل لائق ، والفشل فى الحصول على موافقة مسبقة للعلاج ، وعدم كفاية تعليم المريض وثقافته. وبناءً على هذا تلعب الممرضات دوراً هاماً فى هذا الصدد ، من حيث قيامهن باستخدام الوسائل التعليمية المختلفة لتثقيف المريض وتعريفه بحالته الصحية ، وتأهيله نفسياً، وكيفية تعامله مع حالته أثناء تواجده بالمستشفى. ومن ثم توثيق تلك الوسائل ونتائجها لتحديد مدى فاعليتها ، حيث يؤدي ذلك للتواصل الفعال وضمان إستمرارية الرعاية المقدمة للمريض. ويجب توثيق بعض الجوانب حول تعليم المريض فى سجله منها:

- التعليم المخطط له وغير المخطط له.
- الوسائل المستخدمة فى 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 أى سلوكيات خطرة على المريض من المريض ذاته: يجب على هيئة التمريض أن توثق بموضوعية كل السلوكيات الخاطئة التى تصدر من المريض والتي يكون لها آثار سلبية على المريض نفسه مثل:
 - تناول الأطعمة التى تم وضع عليها قيود من قبل الأطباء.
 - تهديد إيذاء النفس.
 - التجول عندما ينصح بالراحة فى الفراش.
 - عدم الإلتزام بمواعيد المتابعة.
 - عدم الإلتزام بالمشورة الطبية.
 - رفض أو إساءة استخدام الأدوية.
 - العبث بالمعدات الطبية^(١).

وبالإجابة على السؤال (رقم ٨ من قائمة المراجعة) إتضح عدم توثيق التعليم ووسائله للمريض وأسرته بالسجلات الطبية للمريض الداخلى ، بل يتم الإكتفاء بالتعليمات الشفهية فقط. وبخصوص توثيق السلوكيات الخطرة سؤال (رقم ١١ من قائمة المراجعة) ، كانت الإجابة نادراً ما توثق.

- ٥- نظام نقل المعرفة: ويشمل عدم كفاية التدريب والتعليم المستمر لمقدمى الرعاية الصحية ، بما فى ذلك الإجراءات المعمول بها فى المستشفى. وبالإجابة على السؤال (رقم ٦٠ من قائمة المراجعة) من قائمة المراجعة تبين عدم وجود أى من الدورات التدريبية حول معايير وكيفية التوثيق بالسجلات الطبية لمقدمى الرعاية الصحية ومن لهم حق التوثيق فى 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.

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

- ٨- قصور السياسات والإجراءات: عدم توثيق السياسات والإجراءات بشكل صحيح ، أو عدم وجود مثل هذه السياسات والإجراءات، أو عدم كفاية تلك الإجراءات^(١). وبسؤال هيئة التمريض عن وجود سياسات مكتوبة ومعلنة لدى المستشفى لحفظ وتداول وإعدام 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 دورى لمعالجة المشاكل التي تعيق جودة البيانات.
 - زيادة الوعي بقضايا الأخطاء الطبية والتوثيق الجيد ومردود ذلك على المريض والرعاية المقدمة له.
 - تطوير الإجراءات التأديبية لمعالجة إشكالية الأخطاء الطبية.
 - تطبيق مبادئ الجودة فى التوثيق الطبي على أن يكون من صميم البرنامج الدراسى للأطباء وهيئة التمريض.
 - تقييم العوامل التى تؤثر على نتائج التوثيق بما فى ذلك سير العمل والوقت الذى يستغرقه ، وعدم استخدام تكنولوجيا المعلومات بشكل كافى.
 - وضع ميزانية كافية للأفراد والموارد والبرمجيات ، والتعليم المستمر كنقطة إنطلاق إلى التحسين فى جودة التوثيق فى السجلات الطبية.
 - متابعة المبادئ التوجيهية للتوثيق وتطبيق معايير الجودة للتسجيل فى السجلات الطبية.
 - تنمية قدرات الأطباء وهيئة التمريض فى مجال التوثيق وتقديم التقارير حسب الحاجة من قبل مختلف الأقسام ، والعيادات الطبية فى معهد الكبد القومى ، وأصحاب المصلحة على فترات محددة سلفاً ، علماً بأن جودة التوثيق فى السجلات الطبية ضرورة لتحسين نتائج المرضى.

٣/١ دقة استخدام الاختصارات والرموز بالمستشفى محل الدراسة:

السجل الطبي للمريض هو أقوى أداة إتصال بين الأطباء وهيئة التمريض ، وهو المفتاح لتبادل المعلومات الهامة مع جميع أعضاء الفريق الطبي ليس فقط فى المستشفى الواحد ، بل فى أماكن الرعاية الصحية الأخرى. وعندما يكون هناك إنهيار فى هذه الإتصالات 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 فى التوثيق إذا كان معناها مفهوماً من قبل مقدمى الرعاية الصحية ، والاختصارات الغامضة وغير الواضحة والتي تدل على معانى متعددة ممكن أن تؤدى إلى الإرتباك والخطأ فى رعاية المرضى.^{(٢)(٣)} وبسؤال الأطباء وهيئة التمريض عن طبيعة استخدام المختصرات فى التوثيق بمعهد الكبد القومى ، (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 الإختصاص ومتداولة ومعلنة بالمستشفى محل الدراسة ، كانت الإجابة سلبية (لا توجد) ، (سؤال رقم ٢٠ من قائمة المراجعة).

1) Medical Errors and Patient Safety Concerns. Reviewed February \ by Wanda Lockwood, RN, BA, MA, 2014 Available at: <http://www.rn.org/courses/coursematerial-135.pdf> Accessed at [9/12/2014]

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_bpd.pdf Accessed at [15/4/2014]

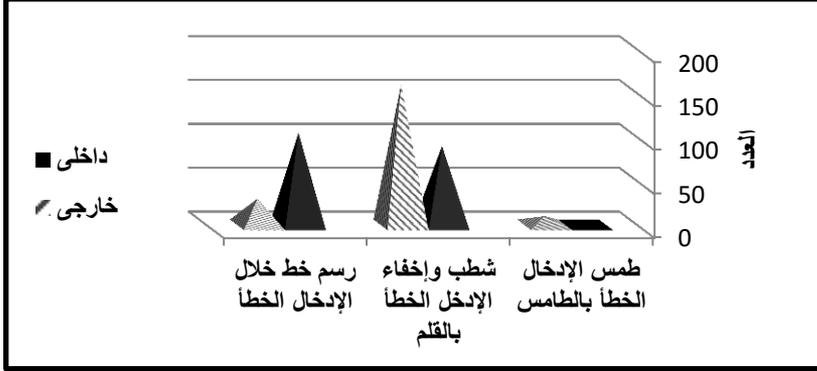
3 Joan S. (2011). Ibid, 8p

١/٣/١ الدقة في التصحيح والإضافة والتغيير:

لحماية السجل الطبي ، يجب أن تكون أية تغييرات أو إضافات موثقة بعناية ، لأن الإخفاق في تصحيح الأخطاء بشكل غير متفق عليه يمكن أن يفسر على أنه تزوير^(١). والجدول رقم (٨) والشكل رقم(١١) يوضحان كيفية تصحيح الإدخالات الخاطئة.

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

العنصر	البيان	داخلي (%)	خارجي (%)
طمس الإدخال الخطأ بالطامس		5 (2.5%)	10 (5%)
شطب وإخفاء الإدخال الخطأ بالقلم		90 (45%)	160 (80%)
رسم خط خلال الإدخال الخطأ		105 (52.5%)	30 (15%)
المجموع		200 (100%)	200 (100%)



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 أى تعديل أو تصحيح في السجلات الطبية يعنى 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^(٢).

٤/١ تصحيح الخطأ :

طبقاً للمعايير الدولية فإن تصحيح الإدخال الخطأ يتم عن طريق رسم خط خلال الإدخال غير الصحيح في السجلات الطبية الالكترونية ، يليها مباشرة (توثيق خطأ) ثم اسم الطبيب / الممرضة ، التاريخ ، وقت التصحيح ، التوقيع. ولحماية وسلامة السجل الطبي من أى تغييرات أو إضافات يجب أن يوثق

1 Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. ibid, p 16

2 Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2013), ibid, p15

بعناية ، فلا يجعل إدخلالات بين السطور ، فإذا كانت هناك إدخلالات 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^(١).

٢- الإكمال **Completeness**:

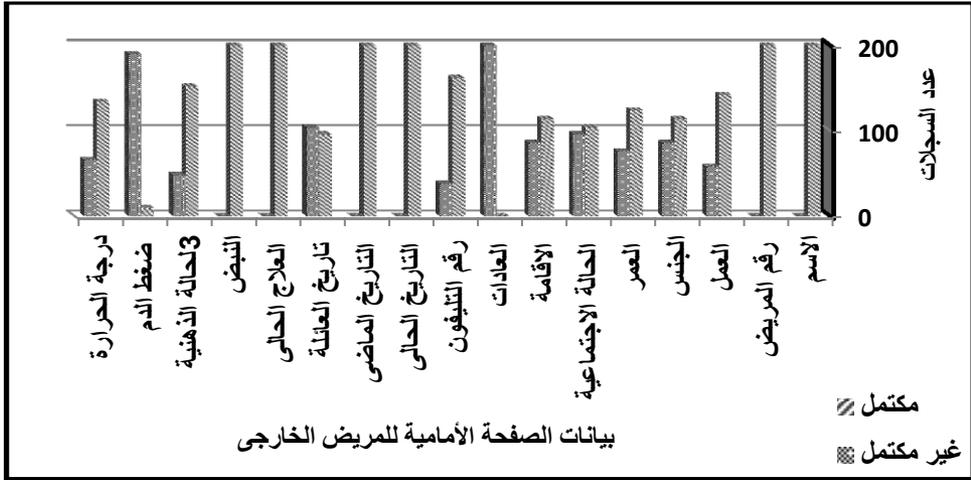
لا بد أن يتصف التوثيق في السجلات الطبية بالإكمال حتى يضمن ويعزز استمرارية الرعاية. وللتعرف على مدى إكمال التوثيق في السجلات عينة الدراسة تم فحص الصفحة الأمامية للمريض الخارجى والداخلى ، ونموذج المتابعة ، وشيت الخروج للوقوف على مدى دقة واكتمال عناصر تلك النماذج.

١/٢ الصفحة الأمامية لمرضى العيادات الخارجية:

الصفحة مقسمة الى ثلاثة اجزاء 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
البيانات الديموجرافية Demographic Data					
%0	0.0	%100	200	Name	1- الاسم
%0	0.0	%100	200	Serial Nu.	2- رقم المريض
%29	58	%71	142	Occupation	3- العمل
%43	86	%57	114	Sex	4- الجنس
%38	76	%62	124	Age	5- العمر
%48	96	%52	104	Marital St.	6- الحالة الاجتماعية
%43	86	%57	114	Residence	7- الإقامة
%100	200	%0	0.0	Sp. Habits	8- العادات
%19	38	%81	162	Telephone Nu.	9- رقم التليفون
الشكوى المرضية Complaint					
%0	0.0	%100	200	Present History	1- التاريخ الحالى
%0	0.0	%100	200	Past history	2- التاريخ الماضى
%52	104	%48	96	Family History	3- تاريخ العائلة
%0	0.0	%100	200	Current Therapy	4- العلاج الحالى
الفحص Examination					
%0	0.0	%100	200	General Examination	1- الفحص العام
%24	48	%76	152	Pulse	2- النبض
%95	190	%5	10	Mental Status	3- الحالة الذهنية
%33	66	%67	134	B.P.	4- ضغط الدم
%24	48	%76	152	Temp.	5- درجة الحرارة



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

من الجدول والشكل السابقين ، وتحليل عناصر الأجزاء الثلاثة من حيث اكتمال بياناتها، اتضح ما يلي:
 ١- الجزء الأول والذي يحتوى على البيانات الديموجرافية كانت أعلى نسبة إكمال لكل من إسم المريض ورقمه الطبي بنسبة ١٠٠% ، بينما كانت أعلى نسبة عدم إكمال لعنصر العادات بنسبة ١٠٠%.

٢- الجزء الثانى والذي يشتمل على بيانات الشكوى المرضية به عنصر تاريخ العائلة غير مكتمل بنسبة 52%. وعدم إكمال تاريخ العائلة يؤدي إلى عدم معرفة الأمراض المنتشرة فى أسرة المريض. والتي يرى الطبيب بأنه يمكن أن تنتقل إليه بالوراثة ويمكن أن تكون لها علاقة بظهور وتطور المرض الذى يعانى منه.^(١)

٣ - 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 الإكمال فيها ٣٣% بينما كانت نسبة عدم الإكمال ٦٧%.

٢/٢ الصفحة الأمامية لمريض الأقسام الداخلية:

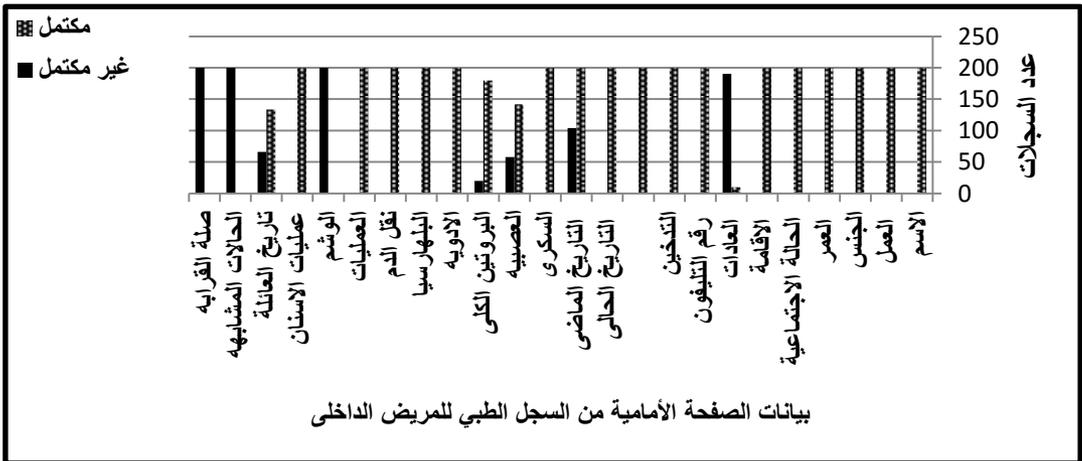
الصفحة مقسمة الى جزئين رئيسيين: البيانات الديموجرافية ، وبيانات الشكوى المرضية موضحة بالجدول رقم (١٠) ، والشكل رقم (١٣).

جدول رقم (١٠) يوضح دقة اكتمال الصفحة الأمامية (الشيت الطبي) من السجل الطبي للمريض الداخلى

النسبة المئوية	غير مكتمل	النسبة المئوية	مكتمل	الوصف	البند
				Demographic Data	البيانات الديموجرافية
0%	0.0	100%	200	Name	1-الاسم
0%	0.0	100%	200	Occupation	2- العمل
0%	0.0	100%	200	Sex	3- الجنس
0%	0.0	100%	200	Age	4- العمر
0%	0.0	100%	200	Marital St.	5- الحالة الاجتماعية

^١ موسى طه العجلونى . إدارة السجلات الطبية فى المستشفيات الحديثة = Medical Records Management In Modern Hospitals . ط 2 . دار الفكر: المملكة الاردنية الهاشمية ، ٢٠١٥م. ، ص ص ١٣٣ - ١٣٥

النسبة المئوية	غير مكتمل	النسبة المئوية	مكتمل	الوصف	البند
0%	0.0	100%	200	Residence	6- الإقامة
95%	190	5%	10	Sp. Habits	7- العادات
0%	0.0	100%	200	Telephone Nu.	8- رقم التليفون
0%	0.0	100%	200	Smoking	9- التدخين
0%	0.0	100%	200	Contact with canal water	10- الاحتكاك بمياه القنوات
				Complaint	الشكوى المرضيه
0%	0.0	100%	200	Present History	التاريخ الحالى
0%	0.0	100%	200	Past history	التاريخ الماضى
0%	0.0	100%	200	Diabetes Mellitus	السكرى
29%	58	71%	142	Hypertension	العصبيه
10%	20	90%	180	T .B	البروتين الكلى
0%	0.0	100%	200	Drugs	الأدويه
0%	0.0	100%	200	Bilharzias	البهارسيا
0%	0.0	100%	200	Blood Transfusion	نقل الدم
0%	0.0	100%	200	Operations	العمليات
100%	200	0%	0.0	Tattooing	الوشم
0%	0.0	100%	200	Dental Procedures	عمليات الاسنان
33%	66	67%	134	Family History	تاريخ العائلة
100%	200	0%	0.0	Similar Conditions	الحالات المشابهه
100%	200	0%	0.0	+ve consanguinity	صلة القرابه



شكل رقم (١٣) يوض دقة إكمال بيانات الصفحة الأمامية من السجل الطبي للمريض الداخلى

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

- ١- الجزء الأول والذي يحتوى على البيانات الديموجرافية ، فالبرغم من إكمال عناصره بنسبة ١٠٠% ، إلا أن عنصر العادات كان غير مكتمل بنسبة ٩٥%.
 - ٢- الجزء الثانى والذي يشمل بيانات الشكوى المرضية ، إكتملت معظم عناصره بنسبة ١٠٠% ، مع وجود ثلاثة عناصر (الوشم ، الحالات المشابهة ، صلة القرابة) كانت غير مكتملة بنسبة ١٠٠%.
- بلغت بيانات الجدول السابق (٢٤) عنصراً ، كانت نسبة الإكمال فيها ٧١% بينما كانت نسبة عدم الإكمال ٢٩% . وبالاجابة على السؤال (رقم ٢ من قائمة المراجعة) ، تبين أن المستشفى تلزم كل مريض عند الدخول لأول مرة من احضار نسختين من صورة بطاقته الشخصية كشرط أساسي لفتح سجل طبي ، فيتم الإكتفاء بإرفاق صورة البطاقة بالصفحة الأولى للسجل الطبي الخاص به بدلاً من تدوين كافة بيانات هوية المريض، أما باقى نماذج السجل الطبي لا يكتب عليها اسم المريض ورقمة. 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 ، الحنسية ، الديانة ، اسم وعنوان أحد الأقارب أو أحد الأصدقاء ، البريد الإلكتروني) والتي نصت عليها بعض المعايير الدولية فى بيانات الصفحة الأمامية لكل من مريض العيادات الخارجية والمريض الداخلى .

٣/٢ التاريخ الطبي والبدنى H.P:

يجب أن يشتمل على الشكوى الرئيسية ، وتاريخ المرض الحالى ، والتاريخ الطبي الماضى ، والأدوية ، والحساسية ، والتفاعلات الدوائية ، والتاريخ الإجتماعى ، والتاريخ العائلى ، واستعراض نظام العلاج (بأجر ، تأمين صحى ، على نفقة الدولة، حساب شخصى) ، والعلامات الحيوية ، والفحص البدنى ، والمختبرات ذات الصلة ، والأشعة ، وخطة العلاج^(٢). كما يجب أن تكون الأطباء على علم بالقضايا التى تطلب إهتماماً خاصاً ، أو تشكل خطراً على المريض بما فى ذلك ما يلى:-

- أ. الحساسية وردود الفعل السلبية لبعض الأدوية.
- ب. الوقاية من العدوى ، ومراقبة المخاطر (خاصة وأن فيروس "س" ينتقل عن طريق الدم).
- ت. قضايا السلوك التى قد تشتمل خطراً على أنفسهم أو الآخرين.
- ث. حماية الأطفال من السلوك الخطر.
- ج. المرضى الذين لهم أسماء متشابهة وتفاصيل الديموجرافية الأخرى ، يجب عمل تنبيه عن الحساسية فى مكان بارز ، أو وضع علامة على المجلد الخارجى "غلاف السجل" وهذا لاينفى توثيق هذا التنبيه داخل السجل الطبي^(٣).
- ح. يجب توثيق الأشعة وغيرها من الفحوصات داخل السجل الطبي ، وتلخيص النتائج ، كما يجب توثيق الطبيب المعتمد للإختبارات والفحوصات المعملية ، بكتابة الاسم واللقب المهنى ووسيلة الإتصال ، والوقت والتاريخ ، لضمان استمرارية رعاية المرضى ، كما يجب توثيق جميع الحوادث الطبية الفعلية للرعاية الصحية للمريض^(٤).

٤/٢ **التشخيص النهائى:** يجب أن توثق بالكامل دون استخدام الرموز والإختصارات على أن يكون موقعاً ومؤرخاً من الطبيب المسئول^(٥).

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, p17

⁵ Joan S. (2011). Ibid, 8p

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 جزءاً من السجل الدائم للمريض. ويجب أن تكون خطة الرعاية واضحة للجميع ومقروءة وتلبي 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 (١).

٦/٢ إدارة الدواء :

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

- تاريخ إعطاء الدواء.
- الوقت الفعلى للدواء.
- اسماء الأدوية (وقاموس المختصرات).
- طريقة إعطاء الدواء: الجرعه ، تحديد وتوقيع هيئة التمريض. علماً بأنه إذا تم استخدام التوقيعات بالأحروف الأولى ، يجب أن توجد قائمة رئيسية مطابقتها لذلك ومعلنه. يجب التوقيع على الأدوية من قبل الممرضات (٢).

٧/٢ شيت الخروج (ملخص الخروج):

يعتبر نموذج ملخص الخروج ملحق رقم (٥) من العناصر الرئيسية التي يجب أن يشتمل عليها السجل الطبي لأى 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 الذى تلقاه ونتائجه ، والتوصيات الطبية لمتابعة العلاج ، وأهم الأهداف التي يحققها نموذج ملخص الخروج ما يلي:

- ١- يسهل على الطبيب مراجعة التاريخ الطبي للمريض فى حالة إعادة إدخاله أو أثناء المتابعة بالعيادة الخارجية.
- ٢- يستخدم كتقرير طبي عن حالة المريض ، بحيث يتم ارسال صورة منه إلى الطبيب الذى حوله للمستشفى لمعرفة ما تم لمريضه فترة تواجه بالمستشفى ليتمكن من متابعة علاجه.
- ٣- يسهل عمل اللجان المكلفة بمراجعة الرعاية الطبية المقدمة للمريض ، لأنه يقدم صورة ملخصة عن هذه الرعاية.
- ٤- يساعد المهتمين بالبحث والتعليم الطبي فى مراجعة حالة المريض لبيان ما إذا كانت حالتها لها أهمية علمية أو تعليمية خاصة.
- ٥- يستخدم لتقديم المعلومات الطبية عن حالة المريض لبعض الجهات والمؤسسات ذات الصلة بالمريض ، كشركات التأمين ومؤسسات الضمان الإجتماعى (٣). وبفحص نموذج (شيت الخروج) من السجل الطبي للمرضى الداخليين جدول رقم (١١) ، وشكل رقم (١٤) ، وجد أنه يحتوى على (١٣) عنصراً ، اكتمل منها تسعة بنسبة ١٠٠% بينما كانت أعلى نسبة عدم إكتمال (١٠٠%) لعنصر الخطة العلاجية. علاوة على ذلك بلغت ، نسبة الإكتمال فى إجمالى بيانات شيت الخروج ٣٣% ، بينما كانت نسبة عدم الإكتمال ٦٧%.

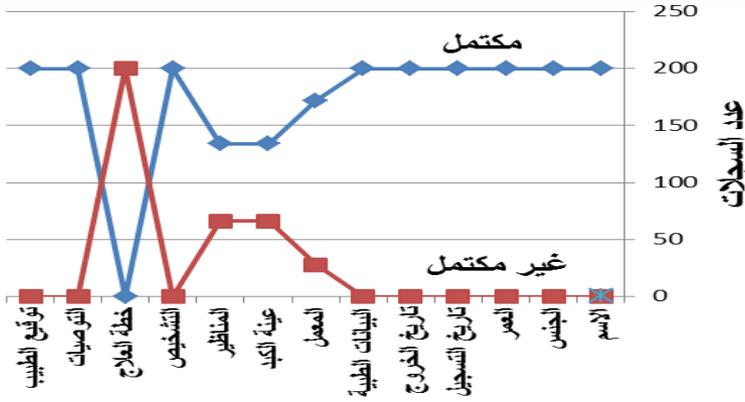
¹ Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Ibid, pp 9-10

² Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Ibid, p10

^٣ موسى العجلونى. المرجع السابق ، ص ص ١٣٣-١٣٤

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

النسبة المئوية	غير مكتمل	النسبة المئوية	مكتمل	الوصف البند
0%	0.0	100%	200	1- الاسم Name
0%	0.0	100%	200	2- الجنس Sex
0%	0.0	100%	200	3- العمر Age
0%	0.0	100%	200	4- تاريخ التسجيل Date of Admission
0%	0.0	100%	200	5- تاريخ الخروج Date of Discharge
0%	0.0	100%	200	6- البيانات الطبية Clinical Data
14%	28	86%	172	7- المعمل Lab.
33%	66	67%	134	8- عينة الكبد Liver Biopsy
33%	66	67%	134	9- المناظير Endoscopy
0%	0.0	100%	200	10- التشخيص Diagnosis
100%	200	0%	0.0	11- خطة العلاج Plan
0%	0.0	100%	200	12- التوصيات Recommended
0%	0.0	100%	200	13- 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 يشتمل 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 الاخصائي المشرف على علاج المريض مسؤولاً عن استكمال هذا النموذج نظراً لأهميته. ويجب أن يوقع عليه شخصياً حتى وإن كتبه أحد الأطباء المساعدين الذين يعملون تحت إشرافه^(١). وبالرغم من كل ماسبق ، فإن خطة العلاج لم يكتمل توثيقها

^١ موسى العجلوني. المرجع السابق ، ص ١٣٤-١٣٥

بنسبة (١٠٠%) ، مما ينتج عنه فقدان التواصل وضعف استمرارية الرعاية المقدمة للمرضى، وهذا قد يؤدي إلى تدهور حالة بعض المرضى. (١). ينبغي أن يشتمل ملخص الخروج على تفاصيل الأدوية الموصوفة عند الخروج ، بما في ذلك اسباب 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 الى طبيب آخر ، ويعتبر ملخص الخروج من بين النماذج الاساسية بالسجل الطبي ، ويمكن أن يكون بمثابة أداة إتصال قوية تربط بين الرعاية الثالثية وأطباء الرعاية الأولية (٢).

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) وهى كما التالى:

١/٨/٢ التاريخ : ويقصد به تاريخ اليوم الذى حضر فيه المريض.

٢/٨/٢ الشكوى المرضية: هى عبارة عن وصف مختصر للأمراض التى يشكو منها المريض والتى دفعته لمراجعة الطبيب ، ويكتب عادة بنفس كلمات المريض لتعطي صورة واقعية عن المشكلة التى يعانى منها المريض. كما يشعر بها وليس كما يشهدها الطبيب (٣).

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 التى أجريت للمريض (٤)

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

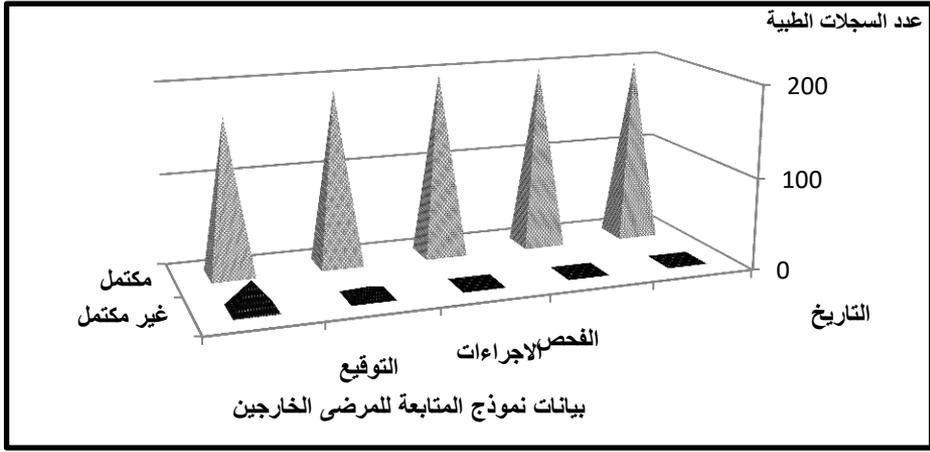
غير مكتمل (%)	مكتمل (%)	الوصف	البند
0.0	200 (100%)	Date	التاريخ
0.0	200 (100%)	Complaint	الشكوى المرضيه
0.0	200 (100%)	Examination	الفحص
10 (2.5%)	190 (97%)	Actions	الاجراءات
30 (15%)	170 (85%)	Signature	التوقيع

1 A Guide to Better Physician Documentation Physician Documentation Expert Panel. Ibid, p6

2 David W. Bates. Ibid , p6

4 Joan S. ibid, p 6

٣ موسى طه العجلونى . المرجع السابق. ص ١٧



شكل رقم (١٥) يوضح إكمال 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 إكماله ١٠%. علاوة على ذلك ، بلغت نسبة الإكمال في البيانات الخمسة لنموذج المتابعة ٦٠% بينما كانت نسبة عدم الإكمال ٤٠%. علماً بأن هذا النموذج هو الوثيقة الأساسية لمتابعة المريض ولضمان إستمرارية 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 تماماً كما في المريض الداخلي.
- القصة المرضية المتعلقة بالمرض الحالي والفحص السريري.
- الملاحظات السريرية.
- تقرير عن التحاليل والإجراءات التي تم إنجازها.
- نتيجة الزيارة : مثلاً ضرورة المتابعة أو دخول المستشفى أو لاجابة لمعالجة إضافية، أو إنتهاء المعالجة.
- يجب على من شاهد المريض طبيباً كان أو ممرضة أن يوقع على النموذج لإثبات المسؤولية.
- يجب الإحتفاظ ببطاقة نمو الأطفال^(١).

٣- التوقيت " الوقت المناسب" والتصديق على المعلومات:

يبدأ التوثيق بالتاريخ وينتهي بالتوقيع والتصديق. لايعتبر السجل الطبي كاملاً حتى يتم توثيق عناصره الأساسية ، والمصادقة عليها بالتوقيع ، والوقت ، والتاريخ المفصل^(٢). والشكل رقم (١٥)، بين التوقيتات التي ينبغي أن يلتزم بها كل من له الحق في التوثيق بالسجلات الطبية^(٣).

١/٣ التوقيت: يجب أن تكون هناك سياسة معتمدة من المستشفى لدعم الاسلوب الذي يتم به توثيق التاريخ والوقت، فعلى سبيل المثال ، توثيق وقت الدخول باستخدام ٢٤ ساعة HHMM ، يجب أن تكون جميع الإدخالات بالسجل الطبي موقفة في وقت الحدث أو في أقرب وقت ممكن بعد ذلك^(٤). فالإدخالات في

¹ World Health Organization. Ibid, p 65

² Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop. Ibid, p 9

³ Joan S. ibid, p 9

⁴ Health Care Records - Documentation and Management. Ministry of Health, NSW. Ibid, p7

وقت متأخر تعتبر مفقودة لاستمرارية الرعاية ، لذا يجب أن يتميز توثيق الوقت بالأنية والمعاصرة ، والتي تعرف بالإنتهاء من التوثيق فى أقرب وقت من تقديم الرعاية^(٢). علماً بأن توثيق الأحداث فى الترتيب الزمنى التى وقعت فيه مهم جداً فى الكشف عن أى تغيير فى أنماط الحالة الصحية للمريض ، والتوثيق الزمنى يعزز وضوح الإتصالات التى تمكن مقدمى الرعاية الصحية من فهم الرعاية التى قدمت بناءً على ماذا ومن من بيانات التقييم ، ومن ثم أى نتائج أو تقييمات لتلك الرعاية بما فى ذلك استجابة المريض للعلاج^(٣). وبالإجابة على السؤالين (رقم ٢٧، و ٣٩ من قائمة المراجعة) ، تبين أن جميع الأطباء وهيئة التمريض يلتزمون بتوثيق لإدخالات فى وقت الحدث شكل رقم (١٦).

متطلبات التوثيق	الإطار الزمنى	الإستثناءات
تقرير قسم الطوارئ	التوثيق خلال 24 ساعة من الخروج/ الترتيب من قبل قسم الطوارئ	
ملاحظة التقدم بعد القبول	التوثيق خلال 24 ساعة من القبول	
التاريخ والبدنية (H&P)	التوثيق خلال 24 ساعة من القبول وقبل العمليات الصغيرة	يجب ان تكتمل قبل الجراحة التاريخ والبدنية غير مطلوبة عند التخدير الموضعى الاعراض العضوية للمخ (OBS) تحل محل (H&P) عند الولادة- وإذا تم التحويل الى جراحة فان (H&P) تكون مطلوبة قبل الجراحة
تقارير التشاور	التوثيق خلال 24 ساعة من التشاور	
ملاحظة التقدم لأخر اب	يوثق الرد على الفور	
مزود الترميز	التوثيق فى موعد اقضاه 7 ايام من آخر اشعار للمزود	
تقرير الجراحة	يوثق فوراً عقب العملية	
تقرير عملية خاصة	التوثيق خلال 24 ساعة من اتمام العملية	
تقرير ملخص الخروج	يوثق عند الخروج ولا يتأخر عن 7 أيام من الخروج	لايطبق على المرضى الذين يمكثوا لأقل من 48ساعة او فى حالة الولادة الطبيعى والوليد الطبيعى
ملاحظة تقدم الخروج	يوثق عند الخروج ولا يتأخر عن 7 أيام من الخروج للمرضى الذين يمكثوا لأقل من 48ساعة او فى حالة الولادة الطبيعى والوليد الطبيعى	
ملخص الوفاة	يوثق عند الوفاة ولا يتأخر عن 7 أيام من الوفاة	
ملخص النقل	يوثق عند النقل	

1 Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop. ibid, p7

2 College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA) (2006). Documentation Standards for Regulated Members. Edmonton. Available at: <http://www.ab.ca./default.htm> Accessed at[20/1/2013]

3 Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. ibid p 22

متطلبات التوثيق	الإطار الزمني	الإستثناءات
التوقيعات	المصادقة على التقارير المحولة أو مسحها ضوئياً وملاحظة التقدم ، خلال 15 يوماً من تاريخ الخروج	
الأوامر الشفهية	التاريخ ، الوقت والمصادقة خلال 48 ساعة من صدور الامر	

شكل رقم (١٦) بين التوقيعات التى ينبغى أن يلتزم بها كل من له الحق فى التوثيق بالسجلات الطبية

٢/٣ التوقيعات "التصديق":

يجب أن يعكس التوقيع تفاصيل الشخص الذى قدم الرعاية بشكل واضح ، لا ليس فيه مع تحديد مصدر المعلومات بما فى ذلك المعلومات التى تقدمها الرعاية الصحية المهنية ، أو آخر مزود مثل (أخصائى التغذية) ، ويجب أن يكون التوقيع بالإسم الثلاثى مع تعيين الهوية المهنية للقائمين بتوثيق المعلومات الطبية مثل الطبيب ، الممرضه/ الممرض ، أخصائى التغذية ، الخ^(١) . ويفحص السجلات الطبية عينة الدراسة وجد أن التوقيع يتم فقط إما بكتابة الإسم مختصراً مضافاً إليه التاريخ وكلاشيه فقط كما هو مبين بالجدول رقم (١٣).

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

البند	الوصف	خارجى	النسبة المئوية	داخلى	النسبة المئوية	غير مطبق	النسبة المئوية
1- الإسم مختصر فقط (بالاحرف الاولى)		0.0	%0	0.0	%0	400	%100
الإسم مختصراً + التاريخ فقط		200	%100	130	%65	0.0	%0
إإسم مختصر + التاريخ + التوقيت		0.0	%0	0.0	%0	400	%100
2- الإسم كامل فقط		0.0	%0	0.0	%0	400	%100
الإسم كامل + التاريخ فقط		0.0	%0	0.0	%0	400	%100
الإسم كامل + التاريخ + التوقيت		0.0	%0	0.0	%0	400	%100
3- كلاشيه فقط		0.0	%100	70	%35	0.0	%0
كلاشيه + التاريخ فقط		0.0	%0	0.0	%0	400	%100
كلاشيه + التاريخ + التوقيت		0.0	%0	0.0	%0	400	%100

يشير الجدول السابق إلى أن كل السجلات الطبية التى فحصت لمرضى العيادات الخارجية احتوت على شكل واحد فقط لتوقيع الطبيب وهو الإسم المختصر مضافاً إليه التاريخ بنسبة ١٠٠%. أما فى حال السجلات الطبية للمرضى الداخليين ، فنجد أن التوقيع تنوع ما بين الإسم المختصر والتاريخ بنسبة (٦٥ %) ، وكلاشيه فقط بنسبة (٣٥ %). وهذا يدل على عدم توحيد شكل التوقيع من قبل الأطباء.

٤- التنظيم:

يجب أن يتصف التوثيق فى السجلات الطبية بالتنظيم^(٢). لذا يجب أن تكون كل صفحة فى السجل الطبي مشتملة على الإسم والرقم الطبي للمريض ، وبالنظر لسياسة مستشفى معهد الكبد القومى فى هذا الصدد ، نجد أن التكوين الثابت للسجل الطبي يمر بالمراحل التالية:

1 Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop. ibid, p10

2 Documentation Guidelines for Registered Nurses. College of Registered Nurses of Nova Scotia. ibid, p22

- 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 ، علماً بأن الرقم الطب 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

14	08	65	76442
السنة	شهر دخول المريض	سنة الميلاد	رقم تسلسل المريض

- ٦- يتم تسجيل رقم مالى 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 يُسلم الكارت للمريض ليحتفظ بها للمتابعة. وبفحص السجلات الطبية عينة الدراسة وجد أن رقم المريض قد دون على الصفحة الامامية فقط من السجل الطبي بنسبة ١٠٠%. وبفحص بطاقة المريض (الكارت) ، وجد انها لا تحتوى على بيان الجنس(١) ، 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 ، وأيضاً في المعامل لتفادى الأخطاء الكارثية.

١/٤ 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 فني السجلات الطبية بترتيب جميع النماذج والتقارير ترتيباً زمنياً دقيقاً بدءاً من دخول المريض المستشفى إلى وقت مغادرته.

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

1	ملاحظات تقدم حالة المريض	Progress Notes
2	نموذج أوامر الطبيب	Doctor's Orders
3	نموذج العلامات الحيوية	Sheet Vital Signs / Graphic
4	ملاحظات التمريض	Nursing Notes
5	تقارير الفحوصات التشخيصية	Diagnostic Procedures Form
6	تقرير العملية الجراحية	Operation Report
7	تقرير التخدير	Anesthesia Report
8	نموذج السيرة المرضية	Medical History

Physical Examination	نموذج الفحص السريري	9
Admission and Discharge Report	نموذج الدخول والخروج	10
Authorization / consent Form	نموذج التفويضات / الموافقات	11

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

٢/٤ 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	1
Discharge Summary	نموذج ملخص الخروج	2
Authorization / consent Form	نموذج التفويضات / الموافقات	3
Medical History	نموذج السيرة المرضية	4
Physical Examination	نموذج الفحص السريري	5
Consultation Report	تقرير الإستشارة	6
Progress Notes	ملاحظات تقدم حالة المريض	7
Doctor's Orders	نموذج أوامر الطبيب	8
Diagnostic Procedures Form	تقارير الفحوصات التشخيصية	9
Operation Report	تقرير العملية الجراحية	10
Anesthesia Report	تقرير التخدير	11
Sheet Vital Signs / Graphic	نموذج العلامات الحيوية	12
Nursing Notes	ملاحظات التمريض	13

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 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 أتباع الخطوات التالية:

١- تسجيل النقص في السجل الطبي:

ترسل السجلات الطبية للمرضي 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 إسم الطبيب أو الشخص المسؤول عن استكمال النقص وإسم المريض ورقمه والنقص الموجود في السجل الطبي. وإذا كان هناك أكثر من شخص مسؤول 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.

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

الشكل رقم (١٩) نموذج نواقص السجل الطبي

^١ موسى العجلوني. المرجع السابق ، ص ٢٣٤

٥/٤ 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)

٦/٤ الحفظ والإسترجاع:

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:

١- طرق حفظ السجلات الطبية:

تحفظ السجلات الطبية لمرضى العيادات الخارجية حفظاً لامركزياً بقسم السجلات الطبية في غرفة مساحتها (٨.٦ م X ٣.٥ م) ويوجد بها ٢٩ دولاب للحفظ ، علماً بأن عدد السجلات بلغت ١٣٥ ألف سجل. وتُحفظ تلك السجلات وفقاً لرقم المريض الطبي بتسلسل الرقمين الطرفين من جهة اليمين لرقم المريض الطبي. بينما تحفظ سجلات مرضى الأقسام الداخلية حفظاً لامركزياً بدولابين بإحدى غرف المرضى بالدور الخامس ، وذلك لعدم وجود مكان مخصص للحفظ الداخلي. وتُحفظ بطريقة التسلسل العددي لدخول المريض ، وهذه الطريقة تساعد على التعرف على السجلات الخاملة (غير النشطة) والتي قضى عليها فترة طويلة ولم يعاود أصحابها المستشفى ، فتُعزل ليتم التخلص منها طبقاً لسياسة المستشفى.

ب- الإسترجاع:

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

- ١- عند استرجاع أى سجل يتم تقديم طلب إسترجاع لإدارة السجلات مدون به اسم المريض ورقم سجلة وموقع من الطبيب.
- ٢- يتم التأكد من اسم ورقم المريض المدون على طلب الإسترجاع وذلك بالرجوع إلى فهرس المرضى العام لتفادى الخطأ فى استرجاع سجل مريض آخر. عند تسليم الملف لجهة الطلب أو الشخص المستلم ، يتم تدوين اسم ورقم المريض وتاريخ إخراج السجل واسم الجهة أو أسم المستلم على بطاقة بديل السجل الطبي ، والتي توضع مكان السجل لمعرفة الجهة الموجود بها السجل لحين الرجوع.

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

لابد أن تخدم السجلات الطبية الفلسفة العلاجية التي تهدف الدولة لتحقيقها ، ولذلك لابد من تصميم هذه السجلات تصميماً خاصاً. كما يجب أن تكون البيانات والمعلومات التي يشتمل عليها السجل الطبي سواء كانت إدارية أو طبية أو تمريضية مكتوبة على نماذج معدة مسبقاً ومصممة لتتناسب نوع وحجم كل معلومة ، وتحقق الأهداف المرجوة منها ، وتسهل عمل جميع أعضاء الفريق الطبي الذين يكتبون ويستعملون هذه البيانات أو المعلومات. وكلما كان النموذج مصمماً بدقة وعناية كلما كانت معلوماته كافية

موسى العجلونى. المرجع السابق. ص ١٨٢^١

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

ودقيقةً وتساعد في استرجاع تلك المعلومات في أقل وقت ممكن. ويفحص 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 إستيفؤها بشكل منتظم.
- إيجاد الفراغات المناسبة بالنموذج الواجب استخدامه بما يكفل إستيفاء 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 موضوعياً.
- استخدام الألوان على أطراف النماذج لسهولة تمييزها.
- تخصيص جزء من المساحة أعلى النموذج لتسجيل بيانات المريض.

٥- السرية والخصوصية والأمن:

المحافظة على الثقة بين المريض والطبيب من أهم العوامل في نجاح الرعاية الطبية المقدمة للمريض ، ومن الأهمية بمكان أن يشعر المريض دائماً بأن ما يقوله للطبيب أو يطلع عليه يبقى محصوراً بين الأثنين فقط ولا يطلع عليه أحد ليس له علاقة ، وهذه الخصوصية عنصر أساسي من أخلاقيات ممارسة مهنة الطب ، وتنص على احترامها القوانين في معظم الدول^(٢). ومن الجدير بالذكر أن لا تتحدث الممرضات عن المرضى أو الأسر في الممرات والمصاعد ، أو في غيرها من الأماكن العامة ، كذلك عدم الإفراج عن السجل لطبي إلا بعد موافقة المريض أو من ينوب عنه. ومن القضايا الهامة عدم تشويه السجلات الطبية ، لأن ذلك يشكل سبباً لإجراءات تأديبية. ويفحص السجلات الطبية عينة الدراسة ، وجد أن الغلاف الخارجى 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 إنتضاء 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 الأعدام 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 رقماً موحداً

المعيار	نعم	لا	غير مطبق
كل صفحة في السجل الطبي تحتوي على اسم ورقمه الطبي		X	
يحتوي السجل الطبي على كافة البيانات الضرورية للتعريف بالمريض	√		
تم التوقيع على أي معلومة تم إدخالها بالسجل	√		
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		X	
تم توثيق التاريخ الطبي الماضي للمريض	√		
خطة العلاج مكتوبة وموثقة		X	
تم توثيق الخدمات الوقائية		X	
استخدام الإختصارات الطبية القياسية	√		
تم استخدام الترميز الدولي للأمراض ICD-10		X	
ملخص الخروج يتضمن خطة العلاج ، تعليمات الخروج، والمتابعة بعد الخروج		X	
تم توثيق جميع تقارير التشاور في سجل المريض ، وخطة المتابعة، والإجراءات المتبعة		X	
يتوفر توثيق عن التنقيف حول التغذية والطعام وتداخل الدواء		X	
يتوفر توثيق بخصوص التعليم، التدريب ، الشرح عن تشخيص حالة المريض والعلاج والمتابعة		X	
تم توثيق سجل تطعيم (للأطفال) محدثاً	√		
جميع الإدخالات وثقت في وقت الحدث	√		
يوجد بالمستشفى مكان مخصص ومناسب لحفظ السجلات بطريق منظمة وأمنه		X	
المجموع	8	9	3

باستقراء جدول رقم (١٥) ، تبين أن التوثيق في السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومي غير مطابق للمعايير المحلية والدولية بنسبة ٦٥%.

نظام السجل الطبي الإلكتروني ومدى تطبيقه بمستشفى معهد الكبد القومي:

وتعد الصحة الإلكترونية احد 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 تقديم 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 تفقر الى 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 ٦١ بقائمة المراجعة)،

كانت الإجابة كالتالي (جدول رقم ١٦):

النسبة المئوية	لا	النسبة المئوية	نعم	العدد	البيان الفئة
٣٦.٤%	٢٠	١٨.٢%	١٠	٣٠	الأطباء
٣٦.٤%	٢٠	٩%	٥	٢٥	هيئة التمريض
٧٢.٨%	٤٠	٢٧.٢%	١٥	٥٥	المجموع

وباستقراء الجدول السابق تبين ان نسبة من ٧٢.٨% يرفضون تطبيق نظام السجل الطبي الالكتروني، وعللوا ذلك بأن إمكانيات المستشفى لا تساعد على إقامة نظام السجل الطبي الالكتروني ، هذا إلى جانب كثرة عدد المترددين يومياً على المستشفى ، وعدم وجود كفاءات من العاملين لإدارة هذا النظام. علماً 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 الالكتروني 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 مقدمى الخدمة ومؤسسات الرعاية الصحية.
- ٥- سهولة وسرعة وصول الأطباء ومقدمى الرعاية إلى معلومات السجل الطبي من خلال أجهزة الحاسب أو الهواتف المحمولة.
- ٦- تزود نظم المعلومات الالكترونية الحديثة السجلات الطبية بقدرات خاصة على معالجة البيانات وتحليلها.
- ٧- سهولة عرض البيانات والمعلومات الطبية بأكثر من طريقة لتناسب أغراضاً عديدة. مثلاً يمكن عرض البيانات الطبية المسجلة فى شكل جداول مرتبة زمنياً أو رسومات بيانية لربط الأحداث الطبية بغيرها من الإجراءات والعمليات والتعليمات ، مثل رعاية الحالات الحرجة فى العناية المركزة.
- ٨- سهولة استخدام المعلومات الطبية من قبل الباحثين ، لبحث مرض معين أو حالة مرضية محددة أو تحديد مجموعات من المرضى بناء على خصائص معينة أثناء إجراء البحث.
- ٩- توفر الوقت وتقلل النفقات وتساعد الفريق الطبي فى الوصول إلى التشخيص السليم وتقلل من نسبة هدر الدواء^(١).
- ١٠- وبناءً على ما سبق ، تقترح الباحثة إنشاء نظام داخلى متكامل لربط السجلات الطبية الالكترونية للمرضى مع نظام معلومات المستشفى وخدماته المتنوعة التى تشمل حُجزات المرضى ، حركة السجلات الطبية ، العيادات ، المعامل ، والصيدلية ، والخدمات التمريضية المساعدة ، إصدار الفواتير وغيرها من الخدمات الإدارية الأخرى. تمهيداً لربط كافة المستشفيات ببعضها البعض ، من أجل تفعيل ما يعرف بالصحة الالكترونية ، وتطبيق الرقم الصحى الموحد ، واستخدام البطاقة الصحية الذكية. وبذلك يتم التخلص من الملف الصحى الورقى المعتمد عليه تدريجياً مع تفعيل نظام السجل الطبي الالكتروني لرفع كفاءة التوثيق بالسجلات الطبية لضمان إستمرارية الرعاية المقدمة للمرضى والحد من الأخطاء الطبية.

^١ موسى العجلونى. المرجع السابق. ص ٣٩٠-٣٩١

خامساً: الخاتمة:

١/٥ النتائج:

من أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة: تبين أن التوثيق فى السجلات الطبية بمستشفى معهد الكبد القومى غير مطابق للمعايير المحلية والدولية بنسبة ٦٥% من حيث:-

الدقة :-

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

الإكتمال:

- عدم إكتمال بعض عناصر الصفحة الأمامية.
- معظم صفحات (نماذج) السجلات الطبية لاتحتوى على هوية المريض بنسبة ٧٥% .
- عدم إكتمال البيانات الديموجرافية لمريض العيادات الخارجية بنسبة ٧٩% . بيان (الجنس ، العمر، الحالة الإجتماعية ، رقم التليفون ، البريد الإلكتروني).
- اكتملت البيانات الديموجرافية فى الصفحة الأمامية لسجل المريض الداخلى بنسبة ٩٠% .
- عدم إكتمال الخطة العلاجية بشيت الخروج بنسبة ١٠٠% .
- نادراً ما يوثق النظام الغذائى المقدم وفقاً لحالة المريض فى السجل الطبي.

السياسات والإجراءات المتبعة بالمستشفى:

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

٢/٥ التوصيات:

- تطبيق وتفعيل المعايير المحلية والإستعانة بالمعايير الدولية فى التوثيق بالسجلات الطبية ، فالإلتزام بالمعايير يساعد على زيادة الدقة والتكامل وتقليل من الأخطاء والتكاليف ورفع مستوى البحث العلمى، ويضمن استمرارية الرعاية الصحية وديمومة التطوير.
- جعل سلامة المرضى هى القاعدة وليس الإستثناء.

- توفير الوقت الكافى للتوثيق وتوفير أدواته ، ومراجعة التوثيق السابق كجزء أساسى من رعاية المرضى.
- ضرورة وضع إستراتيجية لإدارة المعلومات الصحية على مستوى الدولة ، يكون من أولوياتها وضع مقرر دراسى لطلاب الطب والتمريض عن كيفية التوثيق فى السجلات الطبية ، للحد من الأخطاء الحرجة وغير الحرجة.
- الإهتمام بإستيفاء بيانات السجل الطبى للمريض وذلك توفيراً لوقت الطبيب عند تشخيص المرض ، وضماناً لإستمرار متابعتها ، فضلاً عن إمكان خفض تكاليف العلاج لعدم الحاجة أحياناً إلى طلب فحوص سبق إجراؤها للمريض من قبل مما يؤدى إلى ضمان تقديم خدمة جيدة وبتكاليف أقل ، وضمان تسليم الرعاية بشكل سلس إلى طبيب آخر.
- يفضل إستخدام قائمة بالمشكلات التى يعانى منها المريض كفهرس لمحتويات السجل الطبى ترفق فى مقدمة السجل توفيراً لوقت الطبيب ، وتحسيناً للتوثيق فى السجل الطبى.
- وضع الصحة الإلكترونية على رأس الأولويات الوطنية.
- تطبيق التصنيف الدولى للأمراض وأعراضها لتقديم وسيلة أفضل لتبادل المعلومات من خلال قنوات ووسائل معيارية تضمن تواصل واستمرارية رعاية المرضى على مستوى مستشفيات الدولة.
- إنشاء نظام حفظ مركزى للسجلات الطبية ، وذلك لسهولة استرجاعها ومراجعتها عند الحاجة.
- صيانة وتنظيم الوثائق (النماذج) فى السجلات الطبية فى ترتيب محدد.
- التأكد من أن النماذج فى السجل الطبى تم تثبيتها بإحكام داخل أغلفة السجلات الطبية.
- توفير التدريب الدورى للعاملين فى قسم السجلات الطبية للمحافظة على أمن وسرية وخصوصية معلومات المرضى.
- العمل على تطبيق نظام السجل الطبى الإلكتروني للحد من مشاكل التوثيق اليدوية.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المصادر المراجع العربية

- 1- أحمد حامد محمود. دور التوثيق فى إثبات المسؤولية الطبية. بحث منشور فى المؤتمر العربى الثالث عن المسؤولية الطبية.- دى، الامارات فى الفترة من (١٢-١٣ نوفمبر ٢٠١٤).
- 2- أحمد فتحى النجار. القواعد الفعلية لتوثيق وأرشفة العمل الخيرى. متاح على: <http://www.hdevelop.org/articles21.html> تاريخ الوصول [٢٠١٣/٦/١٣]
- 3- أحمد مختار عبد الحميد عمر. معجم اللغة العربية المعاصرة ، جذر: وثق. ط. عالم الكتب: القاهرة ٢٠٠٨ متاح على:
- 4- <http://www.oudnad.net/spip.php?article60#sthash.ZpC9P66H.dpuf>
- 5- تاريخ الوصول [٢٠١٣/٩/٣]
- 6- أمينة محمود حسين محمود. دور نظم معلومات السجلات الطبية فى تخطيط ومراقبة العمليات فى المستشفيات: دراسة ميدانية.- جامعة القاهرة : كلية التجارة. قسم إدارة الأعمال. (أطروحة دكتوراه) ، القاهرة ، ١٩٩٤.
- 7- حسان الجستانی. إدارة المستشفيات. معهد الإدارة العامة .- المملكة العربية السعودية، ١٩٩٩.
- 8- سهم القصيمى، حازم نجيب طويبا. نظام السجل الطبى الإلكتروني : مدخل لتطبيق الإدارة الإلكترونية المعاصرة. بحث منشور فى المؤتمر العلمى الدولى عولمة الإدارة فى عصر المعرفة.- جامعة الجنان طرابلس، لبنان. فى الفترة من (١٥-١٧ ديسمبر ٢٠١٢)
- 9- الفيروابادى، محمد ابن يعقوب. القاموس المحيط. ج. ٣ .- ط. [د.م] : مؤسسة الرسالة، ١٩٩٦.
- 10- معهد الكبد القومى. دليل المعهد والمستشفى. مطابع جامعة المنوفية : شبين الكوم. ٢٠٠٥.

١١- منظمة الصحة العالمية. إلتهاب الكبد الفيروسي : تقرير نت الأمانة. الدورة السادسة والعشرون بعد المائة. - نوفمبر ٢٠٠٩م. ص ١. متاح على

١٢- <http://www.who.int/campaigns/hepatitis-day/2014/ar> تاريخ الوصول

١٣- [٢٠١٤/٩/١٣]

١٤- موسي طه العجلوني. إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحديثة = Medical Records Management In Modern Hospitals . ط ٢. دار الفكر: المملكة الاردنية الهاشمية، ٢٠١٥. ص ١٣٥ .

١٥- ميساء محروس احمد مهران. إدارة السجلات الطبية بالمستشفيات بالإسكندرية. - مجلة المكتبات والمعلومات العربية. س ٢٣، مج ٤. اكتوبر (٢٠٠٣) ، ص ص: ١١٩ - ١٦١ .

١٦- الصحة العالمية: ٢٢% نسبة إصابة المصريين بفيروس 'سي' EL-BALAD.COM "صدى البلد". N.p., n.d. Web. 15 June 2013. <<http://www.el-balad.com/845408>>

١٧- ويب. <http://www.pulpit.alwatanvoice.com/articles/2005/12/01/31621.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 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_bpd.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/DocumentationStandards_Jan2013.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.crns.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., ...[et.al.]. 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://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007guidelines_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.ahdonline.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/policyupdates/supplemental/guidelines_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://ghcscw.com/SiteCollectionDocuments/Provider_Handbook/Document_Standards_Policy.pdf Accessed at [2/3/2014]
- (21) [Mäkelä 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.org/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, PA., Perry, AG. 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). ,20041.- 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/10PrinciplesofDocumentationforMedicalRecords.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. Western 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.

ملحق رقم (٣)
نموذج المتابعة للمريض الخرجي

(٥)
FOLLOW UP NOTES

DATE	COMPLAINT	EXAMINATION	ACTIONS	SIGNATURE

ملحق رقم (٤)
الصفحة الأمامية لسجلات مريض الداخلي





جامعة أسيوط
معهد الكبد القومي
اسمه يس عبد الغفار عام ١٩٨٦م
قسم امراض الكبد

CLINICAL SHEET
PERSONAL HISTORY

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



جامعة أسيوط
COMPLAINT
PRESENT HISTORY

PAST HISTORY

DIABETES MELLITUS _____ HYPERTENSION _____
T.B. _____
DRUGS _____ BILHARZIASIS _____
BLOOD TRANSFUSION _____ OPERATIONS _____
TATTOING _____ DENTAL PROCEDURES _____

FAMILY HISTORY

ملحق رقم (٥) نموذج شيت الخروج

		
DISCHARGE SHEET		
معهد الكبد القومي اسمه يس عبد الغفار عام ١٩٨٦م قسم امراض الكبد		
NAME	SEX	AGE
DATE OF ADMISSION	DATE OF DISCHARGE	
CLINICAL DATA		
BRIEF HISTORY		
LIVER ASCITES OTHERS	SPLEEN L.L. EDEMA	
LAB		
L.F.T.S R.F.T.S C.B.C P.C. VIRAL MARKERS OTHERS	T.Ptn SGPT UREA Hb OTHERS ALB SGOT CREA HT HBV OTHERS	T.BIL. ALK.PH. Na RBCS HCV D.BIL. GGT K WBCS PLTS
LIVER BIOPSY		
ABD.U/S LIVER ASCITES OTHERS	SPLEEN	
ENDOSCOPY		
UPPER OTHERS		
OTHERS		
DIAGNOSIS		
CHILD-PUGH SCORE		
PLAN		
RECOMMENDED TTT		
		SIGNATURE

ملحق رقم (٦) قائمة المراجعة

أولاً: المتطلبات العامة الواجب توافرها في السجلات الطبية سواء أكانت للمريض الخارجي أو الداخلي			
الرقم	السؤال	نعم	لا
1	هل يوجد بالمستشفى سجل طبي لكل مريض يتم تقييم حالته أو معالجة؟		
2	هل كل السجلات الطبية تحتوي على معلومات كافية للتعرف على المريض ، بما في ذلك الاسم والعنوان و تاريخ الميلاد؟		
3	هل كل السجلات الطبية تحتوي على معلومات كافية لتعزيز استمرارية الرعاية؟		
4	هل يتم فحص المريض بنديا (مثل ضغط الدم - السكر - النظر.....الخ)؟		
5	هل توثق نتائج كافة الفحوصات التشخيصية بما فيها الروتينية والناشئة في السجل الطبي للمريض ، ويتم استلامها ضمن الاطار الزمنى الذى حدده كل ادارة تقوم بالفحوصات التشخيصية؟		
6	هل يتم تسجيل جميع التشخيصات وتحديثها وفقاً لنتائج الفحوصات أو اعادة التقييم؟		
7	هل تسجل جميع العلاجات بما فيها الادوية عند اعطائها للمريض مع التوقيع من قبل الشخص المعالج وكتابة التاريخ والوقت؟		
8	هل يوثق السجل الطبي أن الأطباء و/ أو مقدمى الرعاية الصحية قد شرحوا لجميع المرضى التشخيص والعلاج وخطوات المتابعة وحصلوا على التغذية الراجعة من المرضى بخصوص ذلك؟		
9	هل المرضى فهموا ما شرح لهم من خلال التغذية الراجعة؟		
10	هل يتوفر توثيق عن التنقيف حول التغذية والطعام وتداخلات الدواء واعادة التأهيل؟		
11	بالنسبة لتشخيص المريض هل يتوفر توثيق عن التنقيف حول الحد من المخاطر ، النظام الغذائى، وممارسة الرياضة، والإقلاع عن التدخين ، وغيرها من الممارسات الصحية حسب الاقتضاء؟		
12	هل يتم توثيق جميع الاوامر التشخيصية والعلاجية من قبل الاقسام المناسبة؟		
13	هل تنفذ المستشفى السياسات والاجراءات المتعلقة بالاوامر الشفهية (الهاتف ، التسجيل الصوتي)؟		
14	هل يتم توثيق الجراحة بكتابة تقرير شامل عن الاجراءات الجراحية فى السجل الطبي بعد الجراحة مباشرة؟		
15	هل لدى المستشفى سياسة يتم تطبيقها لتحديد القائمون بالتوثيق فى السجل الطبي؟		
16	هل يسهم تحديد من يقوم بالتوثيق لجميع الادخالات بالاسم واللقب المهني (طبيب، ممرض، اخصائى علاج طبيعى) وجميع الادخالات مؤرخة ومسجل عليها التوقيت؟		
17	عند نقل المريض الى مستشفى آخر هل يأخذ نسخة ملخصة من السجل الطبي مع ترك الاصل بالمستشفى؟		
18	هل يوثق سبب نقل المريض الى مستشفى آخر بالسجل الطبي؟		
19	هل تستخدم المستشفى المصطلحات الموحدة فى التشخيص؟		
20	هل توجد قائمة معتمدة بهذه المصطلحات ومعلنه لجميع الاطباء وهيئة التمريض؟		
21	هل المستشفى لديه اجراءات لمراجعة السجلات الطبية؟		
22	هل يشارك ممثلون من كافة التخصصات من المسؤولين عن الادخالات فى السجلات الطبية فى عملية مراجعة السجلات (المراجعة الكمية والنوعية) ؟		
23	هل يتوفر لكل مريض رقم خاص بسجله الطبي؟		
24	هل توضع التفاصيل الخاصة بالمريض فى كل صفحة من صفحات السجل؟		
25	هل التوثيق فى السجلات الطبية يسهل قراءته لغير المتخصصين؟		
26	هل تتوفر سياسة يتم تطبيقها بالمستشفى تنص على اللغة التى تستخدم عند اضافة		

الملاحظات في السجلات الطبية؟	
ثانياً: المتطلبات الخاصة الواجب توافرها في السجلات الطبية بالمريض الداخلي	
27	هل يتم تسجيل الفحص البدنى فى السجل الطبي فى غضون 24 ساعة من قبول المريض أو قبل ذلك اذا لزم الامر؟
28	هل يتم تسجيل التاريخ المرضى والفحص البدنى للمريض قبل الجراحة؟
29	اذا كان قد تم الانتهاء من التاريخ والفحص البدنى قبل القبول ويوجد منه نسخة مقروءة. هل يمكن استخدامها شريطة ان لا تزيد على 30 يوماً؟
30	هل يتضمن السجل الطبي التاريخ المرضى الشامل والفحص البدنى؟
31	هل يتضمن التاريخ المرضى الشامل والفحص البدنى: الشكوى الرئيسية للمريض؟ تفاصيل المرض الحالى؟ التاريخ المرضى السابق؟ التاريخ البدنى؟ التاريخ النفسى والاجتماعى بما فى ذلك العاطفة والسلوك والوضع الاجتماعى؟ تاريخ العائلة؟
32	هل يتضمن التاريخ المرضى السابق الادخالات السابقة والجراحة ان وجدت؟ الحساسية؟ التأثيرات السلبية للأدوية إن وجدت؟
33	هل يتضمن التاريخ المرضى الشامل والفحص البدنى للأطفال: جدول التطعيم؟ جدول نمو وتطور الطفل؟
34	هل يتضمن السجل الطبي الفحص البدنى الحالى ، بما فى ذلك المؤشرات الحيوية والنتائج الاجابية؟
35	هل يتضمن السجل الطبي افادة بالإستنتاجات والإنطباعات المستخلصة من تاريخ ادخال لمريض والفحص البدنى؟
36	هل يتضمن السجل الطبي الخطة الاولية للعلاج بما فى ذلك الفحوصات؟
37	هل يتضمن ملاحظات التقدم الطبي للمريض من قبل الاطباء؟
38	هل يوثق بالسجل الطبي النظام الغذائى وفقاً لحالة المريض؟
39	هل يتم اكمال سجلات المرضى الذين خرجوا فى غضون فترة زمنية لا تتجاوز 15 يوماً من تاريخ الخروج؟
40	هل توقع جزاءات عند عدم اكمال السجلات الطبية خلال الفترة المحددة؟
41	هل يحتوى السجل الطبي على نسخة من ملخص الخروج؟
42	هل يشتمل ملخص الخروج على سبب الدخول؟ النتائج الهامة بما فى ذلك الفحوصات؟ الاجراءات التى تمت؟ اية تشخيصات لحالته؟ الادوية وغيرها من العلاجات إن وجدت؟ حالة المريض ووجهته عند خروجه؟ تعليمات المتابعة وكافة العلاجات التى يتوجب ان يأخذها المريض بعد خروجه من المستشفى؟ تعليمات الأطعمة والنظام الغذائى؟

	اسم الطبيب الذي صرح للمريض بالخروج؟	
43	هل تتوفر سياسة للشطب وتصحيح الخطأ في السجلات الطبية؟	
44	هل يستخدم في الشطب والتصحيح الكركتور (المزيل)؟ بالقلم الجاف او الحبر؟	
المحور الثالث: المتطلبات الخاصة الواجب توافرها في السجلات الطبية بمريض العيادات الخارجية		
45	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضي الخارجيين الجدد من أجل التقييم الشامل؟	
46	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضي الخارجيين لإجراءات مراجعي العيادات الخارجية؟	
47	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضي الخارجيين لفترة مرض قصيرة أو في حالات الإصابة؟	
48	هل يحدد المستشفى ويطبق الحد الأدنى لمحتوى السجل الطبي للمرضي الخارجيين لحالات المتابعة؟	
49	هل يعطى المريض نسخة من ملخص الخروج عند خروجه؟	
المحور الرابع : قسم السجلات الطبية		
50	هل تتوفر دليل حالي لسياسات وإجراءات قسم السجلات الطبية يتم تطبيقه؟	
51	هل تتوفر بالمستشفى ساسية بشأن امن السجلات الطبية؟	
52	هل يطبق المستشفى سياسة أمن السجلات الطبية؟	
53	هل تتوفر سياسة حول خصوصية وسرية معلومات المرضى؟	
54	هل تتوفر سياسة مطبقة حول الاحتفاظ بالسجلات الطبية والتخلص منها بعد فترة نشاطها؟	
55	هل تتوفر سياسة حول استكمال السجلات الطبية الناقصة؟	
56	هل تطبق المستشفى نظام التصنيف الدولي العالمي "ICD-10" للأمراض وأعراضها؟	
57	هل يتم تخزين/ حفظ محتويات جميع السجلات الطبية وفقاً لتسلسل سبق تحديده؟	
58	هل تتوفر سياسة مطبقة لإدارة وتصميم النماذج الطبية؟	
59	هل يوجد لجنة للسجلات الطبية ذات مسؤوليات واختصاصات محددة؟	
60	هل تعقد دورات تدريبية للعاملين بالتوثيق في السجلات الطبية حول المعايير وكيفية التوثيق؟	
61	هل انت مع تطبيق نظام السجل الطبي الالكتروني بالمستشفى؟	