**[اموزش نوشتن خلاصه پرونده : کارورزان](http://internalmedicine.blogfa.com/post/29)**

نوشتن خلاصه پرونده یک هنر است . هنری اکتسابی که با تمرین و تلاش دسترسی به ان اسان است .خلاصه پرونده هایی که تاکنون دیده ام ایرادات فراوان دارد که با رفع این ایرادات می توان یک خلاصه پرونده خوب و قابل استفاده در اختیار بیمار گذاشت مهمترین ایرادات به شرح ذیل است .

1- مشخصات بیمار در برگه ذکرنم گردند ویا ناقص است.

2- بسیار بد خط بوده ونشان می دهد که با بی حوصلگی نوشته شده اند

3- اطلاعات درج شده پراکنده و درهم است درست مثل پازل بهم ریخته است و این مسئله حاکی از ان است که دانشجو اموزش لازم را ندیده و یا اشراف بر بیمار و بیماری ندارد. در حالی که می بایست در ابتدا شکایت ولیه و تشخیص اولیه و نهایی و سپس اقدامات درمانی ، نتایج بررسی ها و سیر بیماری و وضعیت بیمار در هنگام ترخیص ذکر گردند.

4- تمامی ازمایشات نوشته می شوند . در حالی که این کار ضرورت نداشته و بر حسب شرایط و ... حداقل ازمایشات مخصوصا ازمایشات یا ازمایش اولیه و نهایی ( پس از درمان ) ذکر گردد.

5- بررسی های رادیولوژی یا Procedure ها بصورت کامل نوشته می شوند .در حالی که می بایست یافته های مهم ان را نوشت و ذکر کر د که بقیه نرمال است.

6- داروها ذکر می گردند اما دوز دارو در هنگام ترخیص ذکر نمی گردد.لازم است دوز داروها در هنگام ترخیص ذکر گردند.

7- عدم دقت و بصیرت :دانشجو باید دقت و بصیرت لازم در نوشتن خلاصه پرونده داشته باشد. مثلا اگر بیمار با تشخیص DVTدر بخش بستری بوده و درمان شده است ذکر یافته های سونوگرافی داپلر و نتیجه ازمایش اول و اخر PT,INRو نیز دوز داروی وارفارین ، حداقل ومهمترین نکته ای است که باید در خلاصه پرونده این بیمار باشد.

8- مهر و امضای پزشک معالج را ندارد.

نمونه یک خلاصه پرونده : مشخصات بیمار و تاریخ بستری و ..... در برگه ذکر می گردد

بیمار خانم 65 ساله ای است که با استفراغ خونی و ملنا از یک روز قبل از بستری و با تشخیص اولیه upper GI Bleeding در بخش داخلی بستری شده است .مهمترین یافته شرح حال مصرف NSAID ( ایبوپروفن)در هفته قبل از بستری بدلیل در د مفاصل بوده است .در معاینه اولیه یافته های مهم علائم حیاتی, stable ( Bp 110/70 , PR 95/min ) و نیر ملتحمه pale , و تندرنس مختصر اپی گاستر داشته است. در بررسی پاراکلینیک اولیه Hb:9 gr در صد با MCV 90 با WBC, Plt نرمال بوده است. BUN حدود 70 و Cr که 1.45 بوده است تستهای انعقادی شامل PT,PTT و تست های کبدی و ازمایش ادرار ونیز قند خون و الکترولیت ها نرمال بوده است . CXR و سونوگرافی نرمال اما اندوسکوپی که در تاریخ ........انجام شده DU فعال بدون خونریزی فعال در D1 و نیز گاستریت انتر را گزارش نموده اند. در مدت سه روز بستری غیر از لاواژ اولیه معده که حاوی مواد coffee ground بوده در بقیه موارد محتویات معده شفاف بوده و غیر ار سرم تراپی ، انتی اسید و پانتوپرازول وریدی دو واحد PRBC دریافت نموده است. اخرین Hb بیمار 11.5 با Hct 35 گزارش شده است. بیمار پس از سه روز بستری و با توجه به شرایط خوب کلینیکی وعدم افت Hb و علائم حیاتی stable و با دستورات دارویی ذیل و با تشخیص نهایی خونریزی گوارشی با منشا زخم دئودنم مرخص گردید و قرار شد پنج روز بعد با انجام CBC مجدد به مطب اقای دکتر ........ مرجعه نماید

Pantoprazole 20 mg po bid

Al MgS 50cc po tid

ferrus sulfate 1tab po qd

در خلاصه پرونده ذکر شده تمام نکات مهم شامل تشخیص اولیه و نهایی ، شرح حال و معاینه و پاراکلینیک و سیر بیماری و نیز داروهای مصرفی و ....به اختصار و بدون ابهام بیان شده است . واضح است که این خلاصه پرونده به امضا و مهر انترن و پزشک مسئول باید مزین گردد

[+](http://internalmedicine.blogfa.com/post/29) نوشته شده در سه شنبه پانزدهم مرداد ۱۳۹۲ساعت 0:56 توسط دكنر محمد سرافراز يزدي | یک نظر

<http://internalmedicine.blogfa.com/post/29>

**[پرونده نویسی : چگونگی نوشتن خلاصه پرونده](http://internalmedicine.blogfa.com/post/50)**

نوشتن خلاصه پرونده در واقع به نگارش اوردن حاصل زحمات کادر پزشکی برای بیمار است. واضح است که بیمار نیز هزینه هنگفتی را برای این زحمات پرداخت نموده است.خلاصه پرونده باید چند مشخصه داشته باشد

الف : Accuracy داشته باشد یعنی دقیق بوده و فاقد اشتباه باشد.

ب: Adequacy داشته باشد. یعنی با کفایت بوده و روشن و گویا باشد.و پیوستگی منطقی بین داده ها و جود داشته باشد.

ثبت اطلاعات فردی و ثبت مدبرانه موارد انجام شده برای بیمار به همراه مهر و امضا پزشک معالج الزامی است. در صورتیکه بیمار در طول بستری در چند بخش بستری باشد لازم است با هماهنگی گروهها فقط یک خلاصه پرونده کامل داشته باشد.

وجود برگ اصلی خلاصه پروند ه در پرونده الزامی بوده و فقط کپی ان به بیمار داده می شود.

اگر بتوانیم ایرادات ذیل را که در خلاصه پرونده ها مشاهده می شود رفع کنیم انگاه می توانیم یک خلاصه پرونده خوب به دست بیمار بدهیم.

1- بدخطی و اشفتگی در نگارش : از مهمترین ایرادات است .اگرچه برخی دانشجویان بد خط هستند اما علت بدخطی و اشفتگی نگارش در عده دیگر بدلیل بی حوصلگی در هنگام نوشتن خلاصه پرونده می باشد .

2- طولانی بودن خلاصه پرونده : خلاصه پرونده باید مختصر ، مفید و دارای ساختار باشد. طولانی بودن خلاصه پرونده به علل زیر می باشد.

الف: نوشتن جزئیات کامل شرح حال : در حالی که شرح حال باید مختصر و مفید باشد اما ناقص نباشد. خلاصه پرونده بهتر است بصورت نگارش یک داستان باشد نه بصورت جملات پراکنده و غیر مرتبط با یکدیگر.بطوریکه خواننده را تا پایان واقعه جذب نماید.

ب: نوشتن تمامی ازمایشات موجود در پرونده : بجز موارد استثنا ضرورتی برای این کار وجود ندارد . به عنوان مثال بیماری که در بدو بستری پتاسیم 3 میلی اکی والان داشته که پس از 4 روز درمان با پتاسیم وریدی به میزان 60 میلی اکی والان در روز به 4 میلی اکی والان رسیده است . ممکن است شما در طی این چهار روز هشت بار پتاسیم از بیمار چک کرده باشید اما ذکر انها ضرورت ندارد و فقط پتاسیم اول و اخر و اقدام انجام شده برای ان کافی است.

پ: نوشتن کامل گزارشات رادیولوژی و ... : در اکثریت موارد ذکر نرمال بودن کافی است . به عنوان مثال ممکن است توصیف سونوگرافی شکم در پرونده 5 خط باشد اما شما می نویسید : سونوگرافی شکم نرمال است. در مورد اندوسکوپی به عنوان مثال دوم می نویسید اندوسکوپی فوقانی انجام شد که بجز گاستریت ناحیه انتر یافته دیگر گزارش نشده است.

مثال

نکته :قبل از نوشتن خلاصه پرونده در بالای برگه نام و نام خانوادگی بیمار ، نام بخش ، شماره پرونده ، پزشک معالج و تاریخ بستری و ترخیص ذکر می گردد.

زهرا صادقی خانم 65 ساله دیابتی است که از سه روز قبل از بستری با تب و سرفه مراجعه نموده و با تشخیص پنومونی در بخش داخلی بستری شده است. در هنگام مراجعه بیمار تب 39 درجه و PR= 105 و RR =30 داشته است ودر معاینه بالینی بجز رال در قاعده ریه چپ یافته قابل ملاحضه نداشته است. در ازمایش انجام شده WBC= 14000 با 80 % سگمانته و Hb = 12 با MCV =80 , و PLT= 170000 داشته . اوره بیمار 53 اما کراتینین 1.2 بوده است. ALT, ALT ,UA ,UC نرمال اما قند بیمار 295 بوده است.در CXR که انفیلتراسیون در لوب تحتانی ریه چپ گزارش شده است . بیمار باتشخیص پنومونی تحت درمان انتی بیوتیک سفتراکسون به میزان 1 گرم وریدی هر 12 ساعت و ازیترومایسیت 500 میلی گرم درجا وسپس 250 میلی گرم در روز قرار گرفت.در روز سوم بستری بیمار دچار یک نوبت استفراغ خونی و ملنا شد هموگلوبین بیمار به 10 گرم درصد افت کرد .بیمار دو واحد خون دریافت نمود که هموگلوبین به 11.5 رسید و پس از ان افت قابل ملاحضه نداشت. بیمار تحت درمان پانتوپرازول وریدی قرار گرفت . اندازه گیری پلاکت و تستهای انعقادی مثل PT,PTT نرمال بودند . سونوگرافی شکم طبیعی گزارش شد اما اندوسکوپی فوقانی به نفع گاستریت اروزیو بدون خونریزی فعال گزارش شد. در روز ششم بستری بیمار با حال عمومی خوب و باتشخیص پنومونی باکتریال و استرس اولسر و با دستورات دارویی زیر مرخص گردید و قرار شد پس از یک هفته به درمانگاه ....... مراجعه نماید.

Cefexime 200 mg po q12 h

Azithromycine 250 mg po qd

Omeprazole 20 mg po qd

AlMg S 30 cc po tid

Expectorant 5cc po tid

[+](http://internalmedicine.blogfa.com/post/50) نوشته شده در دوشنبه هشتم مهر ۱۳۹۲ساعت 22:23 توسط دكنر محمد سرافراز يزدي | 4 نظر

http://internalmedicine.blogfa.com/post/50