

# بررسی مقایسه‌ای درصد فراوانی ثبت داده‌ها در اوراق پذیرش و خلاصه پرونده در سه

## بیمارستان آموزشی، خصوصی، تأمین اجتماعی در شش ماهه اول ۱۳۸۱\*

آرزو بابائی<sup>۱</sup>، فرشته صلواتی<sup>۱</sup>، ناهید توکلی<sup>۲</sup>، رحمت‌اله توکلی<sup>۳</sup>، مهدی رئیسی<sup>۱</sup>، فریدگل محمدی<sup>۱</sup>، عبدالله میرزائی<sup>۱</sup>

### چکیده

**مقدمه.** مدارک پزشکی یکی از ابزار مهم در اجرای امر درمان و پیشگیری است و به عنوان آئینه منعکس کننده امور پزشکی در مؤسسه شناخته می‌شود. با توجه به اهمیت اطلاعات ثبت شده در اوراق مدارک پزشکی و کاربرد این اطلاعات در تسریع روند و اصلاح شیوه‌های درمان، نشان دادن عملکرد کادر پزشکی و پرستاری، دفاع از بیمار و بیمارستان، برنامه‌ریزیهای سازمانهای بهداشتی - درمانی و اتخاذ تصمیمات صحیح و اصولی، لازم است پرونده‌های بالینی از هر جهت کامل باشند.

هدف از انجام این تحقیق مقایسه وضعیت ثبت داده‌ها در اوراق پذیرش و خلاصه پرونده در سه نوع بیمارستان آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی شهر اصفهان در شش ماهه اول سال ۱۳۸۱ بوده است تا بدینوسیله گامی مؤثر در جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات بهداشتی برداشته شود.

**مواد روشها.** این پژوهش یک مطالعه گذشته‌نگر بوده که داده‌های موجود در اوراق استاندارد پذیرش و خلاصه پرونده ۵۷۱ بیمار بستری در سه نوع بیمارستان آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی اصفهان در شش ماهه اول ۱۳۸۱ به صورت توصیفی مورد بررسی قرار گرفت و نمونه‌گیری از پرونده‌های موجود در بایگانی این بیمارستانها بصورت تصادفی (منظم با توجه به شماره پرونده) انجام شد. در این تحقیق کلیه مندرجات اوراق مذکور در هفت چک لیست طراحی شد و داده‌ها با استفاده از این چک لیست‌ها از پرونده‌های بیمارستان جمع‌آوری شده، مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج.** ثبت اطلاعات در اوراق پذیرش و خلاصه پرونده بیمارستانهای مورد مطالعه اختلاف معنی‌دار آماری را نشان داده است. بطوریکه بیمارستان خصوصی بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد. مقایسه میانگین امتیاز (امتیاز از درصد) کلی ثبت اطلاعات در اوراق پذیرش و خلاصه پرونده نشان داد که بیمارستان آموزشی با امتیاز (۳۲/۷)، بیمارستان خصوصی با امتیاز (۳۲/۲) با یکدیگر مشابه و هر دو با بیمارستان تأمین اجتماعی با امتیاز (۲۹/۴) اختلاف معنی‌دار دارند.

**بحث.** ثبت ناقص مستندات مدارک پزشکی یکی از مسائلی است که همواره پرسنل بخش مدارک پزشکی بیمارستان با آن مواجه می‌باشند. نتایج این تحقیق در مورد ثبت مندرجات اوراق پذیرش و خلاصه پرونده که از اصلی‌ترین اوراق پرونده‌هاست وضعیت مطلوبی را نشان نمی‌دهد و شایسته است مسئولین امر برنامه‌ریزیهای لازم را در جهت

بهینه‌سازی مستندات مدارک پزشکی به شیوه‌های گوناگون داشته باشند. واژه‌های کلیدی: بیمارستان، برگ پذیرش و خلاصه ترخیص، برگ خلاصه پرونده، پرونده پزشکی، ثبت.

### مقدمه

در گذشته‌ای نه چندان دور، پرونده پزشکی منحصر به چند سطر در پشت ورقه حرارت یا ورقه تب بیمار بود این مسئله نه فقط در ایران بلکه در کشورهای پیشرفته امروز نیز کم و بیش همین وضعیت را داشت. در حال حاضر پرونده پزشکی بویژه به صورت پرونده بیمار بستری، حجم زیادی پیدا کرده و اهمیت انکارناپذیری یافته است (صدقیانی، ۱۳۷۷).

پرونده‌های امروزی بیماران با پرونده‌های اولیه اصلاً قابل قیاس نیستند. امروزه پرونده‌های بیماران دارای کاربردهای فراوانی است و بسیاری از افراد می‌توانند به آن دسترسی مجاز داشته باشند. اکنون پرونده بیماران می‌تواند یک پایگاه الکترونیکی داده‌های بالینی باشد که با سایر منابع داده‌ای همچون کتابخانه پزشکی در ارتباط است (اسکورکا، ۱۳۸۲).

هوفمن (Huffman) در این مورد اطلاعات پزشکی را جریان حیاتی سیستم ارائه مراقبت بهداشتی و درمانی می‌داند، زیرا مدارک پزشکی چه به صورت دستی و چه به صورت ماشینی، حاوی اطلاعات پزشکی می‌باشد که همه جنبه‌های مراقبت از بیمار را توصیف می‌کند. پزشکان، پرستاران و سایر تأمین کنندگان مراقبت بهداشتی و درمانی برای معالجه بیمار نیاز به اطلاعات پزشکی دارند مدارک پزشکی در تأمین داده‌های مورد نیاز آموزش و پژوهش علوم پزشکی، مطالعات بهداشت عمومی و کنترل کیفی مراقبتهای درمانی، به کار می‌آید.

اهداف فوق زمانی قابل تحقق خواهد بود که پرونده‌های بیماران شامل داده‌های کافی، دقیق و صحیح باشند از نظر برخی افراد ممکن است ثبت اطلاعات در پرونده مصرف بیهوده کاغذ باشد ولی هر عبارتی که در پرونده

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۸۱۳۶۷ می‌باشد که اجرای آن توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت گردیده است.

۱- دانشجوی کارشناسی مدارک پزشکی

۲- مربی گروه مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- مربی، گروه آمار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مطلوبتری برخوردار بود به عنوان جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش مد نظر قرار گرفت. در دسترس بودن و قابل قبول بودن پرونده‌ها معیار پذیرفته شدن برای پژوهشگران در این مطالعه بود و منظور از در دسترس و قابل قبول بودن این بود که پرونده در بایگانی مدارک پزشکی موجود باشد و شرط وجود پرونده‌ها در بایگانی مدارک پزشکی تسویه حساب بیمار با بیمارستان است. که گاهی اوقات در مورد بعضی از بیماران امر تسویه حساب ماهها به تأخیر می‌افتد بنابراین پرونده در حسابداری می‌ماند در صورت برخورد با اینگونه موارد پژوهشگران شماره قبلی یا بعدی پرونده مورد نظر را جایگزین می‌کردند. با توجه به برآوردی بودن مطالعه و تفاوت میزان پذیرش و حجم زیاد پرونده‌ها در مراکز مورد نظر شایسته بود برای نمونه‌گیری از جامعه مورد مطالعه از فرمول زیر استفاده شود:

$$n = \frac{NZ^2_{1-\alpha/2}P(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2_{1-\alpha/2}P(1-p)}$$

که در این فرمول سطح اطمینان  $Z_{1-\alpha/2} = Z_{0.95} = 1.96$  میزان ثبت:  $P = 50\%$ ، میزان خطا  $d = 0.05$  در نظر گرفته شده است در مجموع ۵۷۱ پرونده به طور نمونه انتخاب شد. سپس با هماهنگی مسؤول بایگانی، پژوهشگر در ساعات اداری جهت جمع‌آوری داده‌ها به مراکز مورد مطالعه مراجعه می‌کرد. پرونده‌ها به صورت تصادفی (منظم با توجه به محدوده زمانی تعیین شده در پژوهش) از بایگانی دریافت شده، پس از استخراج داده‌ها به جای اصلی بازگردانده می‌شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست استفاده شد. سپس با مشاهده پرونده‌ها و با توجه به موارد ثبت شده یا نشده در چک لیست‌ها کد ۱، ۲ یا ۹ داده می‌شد. کد ۱ برای تکمیل شده، کد ۲ برای تکمیل نشده و کد ۹ برای مواردی که نیاز به تکمیل نداشته‌اند در نظر گرفته شد.

پس از تکمیل چک لیست‌ها اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و زیر نظر مشاور آماری تحلیل شد.

برای تعیین وضعیت ثبت داده‌ها در پرونده‌های مورد مطالعه از فراوانی و درصد ثبت استفاده شد همچنین برای مقایسه بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر درصد ثبت داده‌ها آزمون پیرسون کای اسکور (Pearson chi-square) به کار رفت. علاوه بر این امتیازدهی به موارد ثبت شده برای هر بیمارستان و هر فرم امتیاز از ۱۰۰ محاسبه شد و جهت مقایسه میانگین امتیاز ثبت شده در فرم‌های مورد مطالعه مراکز مورد پژوهش از روش آنالیز واریان (Anova) همراه با آزمون تکمیلی دانکن (Duncan) استفاده شده است.

## نتایج

توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ پذیرش توسط مسؤول پذیرش در بیمارستان‌های مورد مطالعه بدین شرح بود؛ سابقه بستری، دفعات بستری و شماره بیمه با  $(P < 5\%)$  اختلاف معنی‌دار آماری را نشان داد بطوری که

پزشکی بیمارستانی ثبت شود حقیقتی آشکار است که می‌تواند به عنوان مدرک در محاکم قضایی ارائه شود و مستندسازی مطلوب پرونده‌ها موجب می‌شود تا در مواقع بروز مشکلات بتوان از بیمار، ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی درمانی و بیمارستانها حمایت قانونی کرد. بدلیل اینکه مستندسازی پس از ارائه خدمت به بیمار انجام می‌شود ممکن است اغلب دقیق و کامل آنگونه که مورد نیاز و مطلوب است صورت نگیرد. مستندسازی ممکن است به دلیل مشغله کاری، عناصر اطلاعاتی را عمدتاً یا سهواً تکمیل نکند و یا اینکه در پایان مراحل مستندسازی تاریخ و امضا را به دلایل مختلف درج ننماید. اینگونه اشتباهات در تدوین مدرک پزشکی باعث ایجاد اختلال در عملکرد استفاده کنندگان از مدارک پزشکی می‌گردد (هوفمن، ۱۹۹۰).

از دیگر دلایل نقص پرونده‌ها، عدم وجود اوراق استاندارد در پرونده پزشکی بیماران و عدم تکمیل به موقع و صحیح عناصر اطلاعاتی و عدم حضور متخصص مدارک پزشکی در شناسائی و برطرف نمودن نقایص موجود نیل به موارد فوق را با مشکل روبرو می‌سازد. بدیهی است صدمات جبران ناپذیری را به هر یک از استفاده کنندگان مدارک پزشکی وارد می‌نماید (اسکورکا، ۱۳۸۲).

در این بخش از مقاله اشاره کوتاهی به روند استانداردسازی فرم‌های مدارک پزشکی در ایران داریم:

استاندارد کردن مدارک پزشکی در ایران از سال ۵۶-۱۳۵۵ با همکاری مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران شروع شد و نهایتاً در سال ۱۳۶۹ با همت و پشتکار معاونت پژوهشی وقت، وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی در قالب طرحی بزرگ و تحت عنوان «هماهنگی و ماشینی نمودن سیستم مدارک پزشکی در کشور» مورد بررسی قرار گرفت.

براساس اهمیت مدارک پزشکی و احتمالاً وجود مشکلاتی (استفاده بیمارستان از فرم‌های متعدد و متنوع و عمدتاً نامناسب و بعضاً غلط)، بیشتر اطلاعات پرونده بیماران برای مقاصد پژوهشی و آموزشی مناسب نبوده و اقداماتی برای رفع عیوب مربوط به نحوه ثبت اطلاعات در پرونده‌های پزشکی ضرورت دانسته شد. بنابراین طراحی فرم‌های صحیح که حاوی اطلاعات کافی، جامع و مناسب باشد و همچنین بهبود نحوه ثبت اطلاعات از جانب پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات در اولویت قرار گرفت و شاید این اقدام اولین قدم در رفع عیوب مذکور باشد (حاجوی، ۱۳۸۱).

## مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه مشاهده‌ای و از نظر زمانی یک بررسی گذشته‌نگر بوده و از نظر هدف مطالعه یک تحقیق کاربردی محسوب می‌گردد. پرونده‌های موجود در سه نوع بیمارستان آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی در شش ماهه اول ۱۳۸۱ که از نظر مدارک پزشکی از وضعیت

مطلوبتری داشت. لازم به ذکر است که مسؤولین بیمارستان خصوصی در حال حاضر فعالیت کدهی به پرونده‌ها را به صورت دستی آغاز کرده‌اند ولی در بیمارستان تأمین اجتماعی نیز درصد کدگذاری کامپیوتری پرونده‌ها بطور کامل هستند.

توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ خلاصه پرونده توسط منشی بخش در بیمارستانهای مورد مطالعه بدین شرح بود:

میزان ثبت شماره پرونده در بیمارستان خصوصی بیشترین درصد (۸۸/۸ درصد) و در بیمارستان تأمین اجتماعی کمترین (۳۲/۱ درصد) را به خود اختصاص داده بود. ثبت نام پزشک معالج در بیمارستان خصوصی (۸۸/۳ درصد) در بیمارستان آموزشی (۵۷/۴ درصد) و تأمین اجتماعی (۴۸/۷ درصد) بود. ثبت آدرس و شماره تلفن صرفاً در بیمارستان آموزشی در حد بسیار ضعیف (۱/۶ درصد) بود. توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ خلاصه پرونده توسط پزشک معالج در بیمارستانهای مورد مطالعه مؤید این مطلب است که میزان ثبت کلیه مندرجات مربوط به پزشک معالج در برگ مذکور با ( $P < 0/05$ ) بین هر سه بیمارستان اختلاف معنی‌دار آماری را نشان می‌داد. میزان ثبت شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه در بیمارستان خصوصی دارای بیشترین درصد (۹۱ درصد) و در بیمارستان تأمین اجتماعی کمترین درصد (۷۹/۳ درصد) بود. در مقایسه انجام شده مشخص شد که ثبت تشخیص نهایی در بیمارستان آموزشی (۸۵/۸ درصد) در خصوصی (۷۹/۸ درصد) و در تأمین اجتماعی (۷۸/۸ درصد) بوده است. وضعیت بیمار هنگام ترخیص در بیمارستان آموزشی از میزان ثبت بالاتری نسبت به بیمارستان تأمین اجتماعی و خصوصی برخوردار بود. (۷۹/۵ درصد) نتایج حاکی از آن بود که بیمارستانهای مورد پژوهش از نظر تکمیل مندرجات در برگ خلاصه پرونده از وضعیت یکسانی برخوردار بودند. (۸۷ درصد) بخشی از نتایج به دست آمده:

#### جدول ۱: مقایسه میانگین امتیاز کلی ثبت اطلاعات در اوراق پذیرش و

#### خلاصه پرونده در بیمارستانهای آموزشی، خصوصی و تأمین اجتماعی

بیمارستان	آموزشی	خصوصی	تأمین اجتماعی	نتیجه آزمون*
شاخصها	۳۲/۷	۲۶/۵	۸	۲۹/۴
میانگین و انحراف معیار	۳۲/۷	۲۶/۵	۸	۲۹/۴
حد اقل و حداکثر	۸/۳-۵۰	۱۰/۲-۴۵/۵	۸-۴۵	
تعداد	۱۹۰	۱۸۸	۱۹۳	$P < 0/001$

\* نتیجه آزمون تکمیلی دانکن (Duncan) نشان داد که بیمارستانهای آموزشی و خصوصی از نظر ثبت اطلاعات در اوراق پذیرش و خلاصه پرونده امتیاز مشابه و هر دو با بیمارستان تأمین اجتماعی اختلاف معنی‌دار آماری داشتند.

میزان ثبت این موارد در بیمارستان تأمین اجتماعی بالاترین درصد (۱۰۰٪) و در آموزشی، کمترین (۵/۰ درصد) بود.

وضعیت تأهل، محل تولد، مذهب، تلفن و آدرس همراه، اختلاف معنی‌دار آماری را نشان داد بطوری که میزان ثبت این موارد در بیمارستانهای آموزشی و خصوصی بالاترین (تقریباً ۱۰۰ درصد) و در بیمارستان تأمین اجتماعی کمترین (۱ درصد) بود.

تاریخ و ساعت ترخیص صرفاً در بیمارستان خصوصی (۷۱/۸ درصد) ثبت شده بود. توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ پذیرش توسط پزشک معالج نشان داد که میزان ثبت تشخیص نهایی در هر سه بیمارستان از درصد تقریباً بالائی (۸۰ درصد) برخوردار بود و با توجه به نتایج به دست آمده تفاوت معنی‌داری بین سه بیمارستان یاد شده از نظر ثبت نتایج آزمایشات و عکسبرداری، تشخیص اولیه، تشخیص در حین درمان، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی و نام و امضای پزشک معالج وجود داشت. نتایج آزمایشات و عکسبرداری و تشخیص حین درمان جزو مندرجات برگ پذیرش بیمارستان خصوصی نبود. در مراکز مورد مطالعه بیمارستانهای آموزشی و تأمین اجتماعی از وضعیت مطلوبتری برخوردار بودند که به اعتقاد ما رعایت استاندارد موجب حصول این نتیجه گردیده بود.

توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ پذیرش توسط سرپرستار در بیمارستانهای مورد مطالعه حاکی از آن بود که توجهی به تکمیل کادرهای وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه‌های پس از ترخیص صورت نگرفته بود. همچنین میزان ثبت مشاوره و تعداد آن از درصد بسیار پائینی برخوردار بود. توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ پذیرش توسط مسؤول امور مالی در بیمارستانهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که تمامی موارد مربوط به امور مالی به صورت برگ پرینت شده به پرونده بیمار ضمیمه شده بود.

به عقیده ما کافی نبودن فضای لازم جهت ثبت تمامی هزینه‌ها در طول بستری بیمار می‌تواند دلیلی بر استفاده از اوراق مجزا جهت ثبت هزینه‌ها باشد.

توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ پذیرش توسط کدگذار نشان می‌داد که ثبت کد تشخیص اولیه درد و کد تشخیص حین درمان صرفاً در بیمارستان آموزشی در حد ضعف (کمتر از ۱۰ درصد) بود در بیمارستان خصوصی محلی برای درج کد تشخیص حین درمان در برگ پذیرش در نظر گرفته نشده بود. ثبت کد اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی تنها در بیمارستان آموزشی با درصد ۳۴/۲ صورت گرفته بود. در بیمارستان خصوصی و تأمین اجتماعی محلی برای درج کد علت اصلی فوت و یا علت زمینه‌ای فوت در نظر گرفته نشده بود. طبق نتایج به دست آمده کدگذاری پرونده‌ها در بین بعضی مراکز دستخوش اعمال سلیقه شخصی شده که این امر منجر به عدم رعایت اصول استاندارد می‌شود. از میان مراکز مورد مطالعه، بیمارستان آموزشی با حداکثر ۶۷ درصد ثبت داده‌ها وضعیت

پذیرش بیمار دریافت اطلاعات و ثبت آن توسط پرسنل بطور کامل انجام نمی‌شود و آموزش ضمن خدمت پرسنل پذیرش بسیار ضروری است که بواسطه آن بتوان اقدامی جهت بهبود مستندات برگ پذیرش انجام داد.

طبق بررسی انجام شده متأسفانه پرسنل مراکز مورد مطالعه توجه چندانی نسبت به تکمیل و اهمیت کادر مربوطه نشان نداده‌اند و این امر توجه بیشتر مسؤولین را می‌طلبد. هدف از تشکیل برگ خلاصه پرونده آن است که بتوان در یک نظر اجمالی و با بررسی تنها یک برگ پرونده از نوع بیماری، شیوه‌ی درمان و فعالیت‌های درمانی انجام شده برای یک بیمار آگاهی پیدا کرد. وجود این برگ در پرونده پزشکی فوق‌العاده حائز اهمیت است زیرا خلاصه‌ای از علت مراجعه و فعالیت‌های انجام گرفته در یک مدت زمانی خاص را برای فرد مراجعه کننده به یک مؤسسه درمانی را شامل می‌شود (حاجوی، ۱۳۷۹). در حالی که نتایج تحقیق حاکی از آن است که در برخی از موارد مندرجات این برگ بطور دقیق و کامل تکمیل نشده‌اند و این موجب بروز مشکلاتی در امر ادامه درمان و معالجات بیمار و بعضاً بیمارستانها خواهد شد و توصیه می‌شود در ثبت برگ خلاصه پرونده موارد ذیل به دقت رعایت گردد: (۱) برای تمام بیماران بطور دقیق و کافی نوشته شده و توسط پزشک مسؤول تأیید گردد. (۲) دلیل بستری شدن یافته‌های مهم، اقدامات درمانی انجام شده، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، آموزش یا راهنمایی بیمار یا خانواده‌اش (در صورت لزوم) به دقت مستند شود. (۳) خلاصه‌سازی روند معالجات بیمار در طول مدت بستری ثبت شود نه تکرار اطلاعات ثبت شده در پرونده در طول مدت بستری (توکلی، ۱۳۸۱).

در خاتمه با توجه به اهمیت اطلاعات بهداشتی - درمانی در تصمیم‌گیری در طول درمان، ارزیابی کارایی و تأثیر خدمات ارائه شده، برنامه‌ریزی استراتژیک و اجرایی تصمیمات اداری در سیستم بهداشت و درمان و بهبود پیشبرد فعالیت‌های تحقیقاتی و آموزشی پیشنهاد می‌شود:

### پیشهادات

- ۱ - مسؤولین امر سیستم‌های ارتباطی و اطلاعاتی را در سطح بیمارستان توسعه دهند.
- ۲ - بکارگیری دانش آموختگان مدارک پزشکی در جهت ارتقاء کیفیت درمان، از طریق افزایش کیفیت اطلاعات.
- ۳ - از فرمهای استاندارد توسط کلیه بیمارستانها بصورت الزامی در چهارچوب زمانی پیشنهاد شده استفاده شود.
- ۴ - آموزش ضمن خدمات پرسنل پزشکی.
- ۵ - وجود یک پشتوانه اجرایی قوی از طرف معاونت درمان دانشگاهها بطوری که تمام تصمیمات و مصوبات کمیته‌های کاری برای همه‌ی واحدها لازم الاجرا گردد.

۱۳۸۱

نوع بیمارستان

نمودار ۱: مقایسه میانگین مربوط به ثبت اطلاعات در برگ پذیرش در بیمارستانهای مورد مطالعه

۱۳۸۱

نوع بیمارستان

نمودار ۲: مقایسه میانگین مربوط به ثبت اطلاعات در برگ خلاصه پرونده در بیمارستانهای مورد مطالعه

### بحث

ثبت ناقص مستندات پرونده بالینی یکی از مسائلی است که همواره پرسنل بخش مدارک پزشکی بیمارستانها با آن مواجه می‌باشند. نتایج تحقیق در مورد ثبت اوراق پذیرش و خلاصه پرونده که از ضروری‌ترین اوراق پرونده‌هاست وضعیت مطلوبی را نشان نمی‌دهد و با توجه به نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در رابطه با توزیع فراوانی ثبت داده‌ها در برگ پذیرش توسط متصدی پذیرش، بر متصدیان پذیرش فرض است که هنگام پذیرش ضمن برقراری ارتباط صحیح و انسانی با بیمار و همراهان، داده‌های مورد نیاز را به دقت اخذ و ثبت نمایند و حقوق بیمار به نحو مطلوبی حفظ شود. از آنجایی که نیاز به استفاده از رایانه برای پیشرفت و سرعت کار در کلیه حرفه‌ها بیش از پیش احساس می‌شود مسؤولین بیمارستانها برای رسیدن به اهداف خود سعی کرده‌اند کلیه اطلاعات هویتی موجود در برگ پذیرش استاندارد را با همکاری مهندسین به صورت برنامه کامپیوتری تهیه کنند اما باز هم هنگام

## منابع

- اسکورکا، مارگات فلتر. مدیریت اطلاعات بهداشتی: مدیریت یک منبع استراتژیک. ترجمه: مریم احمدی... و دیگران. تهران: واژه‌پرداز، ۱۳۸۲.
- توکلی، ناهید. «اهمیت مستندسازی مدارک پزشکی از دیدگاه مدیران بهداشتی - درمانی در سال ۱۳۸۱». دومین سمینار ابعاد حقوقی و قضائی اطلاعات بهداشتی، درمانی، دیماه ۱۳۸۱، اصفهان.
- حاجوی، اباذر. مدارک پزشکی ۱ و ۲، تهران: انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۹.
- حاجوی، اباذر. مدارک پزشکی ۳ و ۴، تهران: شرکت نشر الکترونیکی و اطلاع‌رسانی جهان رایانه، ۱۳۸۱.
- صدقیانی، ابراهیم. سازمان و مدیریت بیمارستان. ج ۲. تهران: انتشارات جهان رایانه، ۱۳۷۷.
- Huffman, Edna. *Medical record management. berwyn, Ill: physicians record company, 1990.*