



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

**Sağlık Hizmetleri Finansman
Yapısının Güçlendirilmesi ve
Yeniden Yapılandırılması için
Altyapı Geliştirme Projesi**

II. Faz

**Genel Sağlık Sigortası
Sağlık Bakım Hizmetleri
Ödemeleri için
Altyapı Geliştirme Çalışması**

Rapor : E.4.3.1 - Hastanelerde tıbbi dökümantasyon kalitesi değerlendirme ve iyileştirme süreçleri.

Tarih : 10.07.2008



İçindekiler

GİRİŞ	2
TEMEL KAVRAMLAR	2
Tek Tanımlayıcı Numara	3
Klinik Kayıtların İçeriği	3
Hasta Dosyası İçerisinde Bulunması Gereken Formlar;	4
Tıbbi öykü ve sistemik inceleme bulguları:	5
Doktor istemi (order) ve ilaç kayıtları:	6
Gözlem notları:	6
Konsültasyon raporları:	7
Klinik laboratuvar araştırmaları ve sonuçları:	7
Tanısal testler ve çalışmalar:	7
Radyoloji ve görüntüleme raporları:	8
Radyasyon terapisi:	8
Terapötik hizmetler:	8
Anestezi kayıtları:	9
Yoğun bakım kayıtları:	9
Solunum Desteği kayıtları :	9
Ameliyat raporları:	10
Doğum kayıtları:	11
Yenidoğan kayıtları:	11
Çıkış özeti (epikriz):	12

GİRİŞ

TEMEL KAVRAMLAR

Doküman: İnsanların çeşitli alanlarda yapmış oldukları çalışmalardan elde ettikleri bilgileri kapsamına alan kalıcı bilgi kaynaklarına belge veya doküman adı verilir.

Dokümantasyon: Dokümanların bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde tekrar hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin hepsine birden dokümantasyon adı verilir. Doküman kalıcı hale gelmiş bilgi veya belgelenmiş bilginin adıdır. Dokümantasyon ise belgelerin elde edilişi, düzenlenişi, saklanması ve yararlanılmasına yönelik eylem ve işlemlerdir.

Tıbbi Doküman: İnsan ve toplum sağlığı ile ilgili konulardaki bilgileri düzenli bir biçimde kapsamına alan belgelere tıbbi doküman denir.

Tıbbi Dokümantasyon: Tıbbi dokümanların bilimsel kurallara uygun olarak toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde hizmete sunulması ile ilgili işlemlerin hepsine birden tıbbi dokümantasyon denir.

Hasta Dosyası: Sağlık kurumlarına başvuran kişilerin sağlık kurumlarında kaldıkları süre içerisinde teşhis ve tedavileriyle ilgili olarak yapılan çalışmalardan elde edilen bilgileri düzenli bir biçimde içeren belgelerin bilimsel kurallara uygun olarak düzenlenmesiyle oluşturulan belge topluluğuna hasta dosyası denir.

Hasta Dosyaları Arşivi: Hasta dosyalarının bilimsel kural ve standartlara uygun olarak toplandığı, düzenlendiği ve hizmete sunulduğu birimlere hasta dosyaları arşivi denir.

Tıbbi kayıt: Hastanın yaşamı, sağlık geçmişi ve en son tedavisiyle ilgili bilgileri tam ve yeterli olarak kapsayan kayıtlara tıbbi kayıt denilmektedir. Institute of Medicine (IOM) 1991 yılında yaptığı bir toplantıda tıbbi kayıt kavramı yerine hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerini kapsayan hasta kaydı kavramını benimsemiştir.

Hasta kaydı: Bir hasta hakkında; hasta veya hasta hakkında kişisel bilgilere sahip hasta yakınlarından elde edilen, sağlığıyla ilgili bilgilerin saklandığı bir depodur. Bu bilgiler geleneksel olarak hasta kayıtlarının tutulduğu hasta dosyalarıdır. Hasta kayıtları birincil hasta kaydı ve ikincil hasta kaydı olarak ikiye ayrılmaktadır.

Birincil hasta kaydı: Hasta bakım hizmetleri verirken hasta verileri veya belgelerini kendi gözlemleri, eylemleri veya öğretilerini incelemek üzere sağlık bakım profesyonelleri tarafından kullanılan kayıtlardır.

İkincil hasta kaydı: Birincil kayıttan ortaya çıkarılır ve klinik dışı kullanıcılara hasta bakımının değerlendirilmesi, desteklenmesi veya iyileştirme çalışmalarında kullanılmak üzere seçilmiş veri

öğelerini içermektedir.

Hasta bakım desteği yönetim, düzenleme ve ödeme işlevlerini; hasta bakım değerlendirilmesi kalite güvenliği, kullanım incelemesi ve tıbbi ve yasal denetimleri; hasta bakım iyileştirme faaliyetleri, araştırmaları ifade eder. Bu kayıtlar genellikle ikincil veri tabanı olarak adlandırılan bir yapıda düzenlenir. Bu kayıtlar için ise bir ikincil hasta kayıt sistemine gereksinim vardır.

İkincil hasta kaydı: Hasta kayıtlarının oluşturulduğu, kullanıldığı, saklandığı ve tekrar kullanım için elde edildiği bir mekanizmayı oluşturan bileşenler dizisidir. Bir hasta kayıt sistemi genellikle bir sağlık bakım ortamında oluşturulur. Bu sistem, insanları, verileri, kurallar ve prosedürleri, işlem ve saklama araçlarını, iletişim ve destek olanaklarını içerir.

TEK TANIMLAYICI NUMARA VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

Tek Tanımlayıcı Numara

Sistemde hasta tanımlayıcısı olarak dosya numarası, hastane numarası, hasta kabul numarası olmak üzere üç farklı tanımlayıcı bulunmaktadır. Bakımın devamlılığı ve bakım verenler arasında koordinasyonun sağlanması açısından tek tanımlayıcı numara kullanılması son derece önemlidir. Hastane bilgi sisteminde hastayı tanımlayıcı tek bir numara üretilmeli ve bu numara kağıda dayalı formlarda da aynen kullanılmalıdır.

Hastanın doğum tarihi: gün / ay / yıl olarak kullanılmalıdır. Hastanın cinsiyeti, ikametgah bilgileri, medeni durumu, hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını ile ilgili bilgiler sistemde bulunmaktadır. Hastanın eğitim durumu ve mesleğiyle ilgili veriler çoğunlukla kullanılmalıdır.

Klinik Kayıtların İçeriği

Tıbbi kayıtların istenilen standartlara göre tutulması için verinin doğru, zamanında ve eksiksiz olarak girilmesinin tüm çalışanların görevi olduğu konusunda sorumluluk bilinci verilmeli ve bu konu üzerinde hassasiyetle durulmalıdır.

Klinik kayıtlarda kullanılan formların bir kısmı yazılım tarafından bir kısmı da kağıda dayalı formlardan oluşmaktadır. Hastanelerimizde kullanılan formlarda standart yoktur. Kurulacak tıbbi kayıt inceleme komitesi tarafından yeniden düzenlenerek standart hale getirilmelidir.

Klinik kayıtlarda hastanın tıbbi öyküsü, sistemik bulguları, temel şikayeti, görünen hastalığının hikayesi, soy geçmişi bilgileri detaylı olarak doldurulmalıdır. Doktor istemi (order) ve ilaç kayıtlarında özellikle tedavinin türü ve/veya tanınan prosedürler, hastanın varsa alerjik reaksiyonları belirtilmelidir. Gözlem notlarında hastaya uygulanan tüm tedaviler ve hastanın bu tedavilere verdiği yanıt ve özellikle komplikasyonlar yazılmalıdır.

Temel tanı ve ek tanı ayrımı doğru kodlamanın yapılması ve kodların uygun DRG'lere yerleşmesi açısından son derece önemlidir. Bu nedenle formda yer alan kayıtların içerisinde Temel tanı ve ek tanı ayrımıyla dikkatle yapılmalı ve dokümanite edilmelidir.

Klinik laboratuvar araştırmaları ve sonuçları yazılımdan alınabilmektedir. Kodlayıcıların tüm sonuçlara erişim yetkisi sağlanmalıdır.

Elektroensefalogram, elektrokardiyogram, biyopsi ve patoloji raporlarının bir nüshasının dosyada yer alması sağlanmalı veya sistemden görülebilmesi için gerekli yetkilendirmeler yapılmalıdır.

Hastanenin kendisine ait veya dışarıdan hizmet alımı yoluyla temin edilen bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, ultrasonografi gibi görüntülemelerin sonuçları hasta dosyalarında yer almalı veya formlarda ilgili yerlere kaydedilerek imzalanmalıdır.

Ameliyat raporlarının daha kapsamlı ve detaylı yazılmasına özen gösterilmelidir. Raporların günlük yazılması sağlanmalıdır.

Çıkış özeti (epikriz) kalitesi klinikler arasında farklılaşmaktadır. Hataları önlemek için hekimlerin epikrizleri sistemi kullanarak yazmaları sağlanmalı veya bu konuda eğitim almış tıbbi sekreterler istihdam edilmelidir. Bu kısa vadede sağlanamıyor ise kodlama yaparken hekimin elle yazdığı epikrizler kullanılmalıdır. Kodlama kalitesi hastaya ait verilerin ayrıntılı kaydedilmesine bağlıdır. Aşağıdaki veriler ne kadar sağlıklı toplarınsa klinik kodlamanın kalitesi artmış olacaktır.

Hasta Dosyası İçerisinde Bulunması Gereken Formlar;

1. HASTA YATIŞ FORMU
2. CPR FORMU
3. DOKTOR HASTA DEĞERLENDİRME FORMU (ÖYKÜ FİZİK MUAYENE)
4. DOKTOR GÖZLEM FORMU
5. ANESTEZİ FORMU (PREOP DEĞERLENDİRME)
6. ANESTEZİ İZLEM FORMU
7. ANESTEZİ FORMU (POSTOP DEĞERLENDİRME)
8. AMELİYAT RAPORU FORMU
9. KONSULTASYON FORMLARI
10. DOKTOR İSTEM FORMU
11. 24 SAATLİK HASTA TEDAVİ VE TAKİP FORMU
12. HEMŞİRE DEĞERLENDİRME FORMU
13. HEMŞİRELİK BAKIM PLANI
14. HEMŞİRE GÖZLEM FORMU
15. DİYETİSYEN İZLEM FORMU
16. FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON FORMU
17. HAYATİ BULGULAR FORMU
18. İLAÇ KAYIT FORMU
19. SIVI DENGESİ İZLEM FORMU
20. YOĞUN BAKIM İZLEM FORMLARI
21. LABORATUVAR TEST SONUÇLARI
22. RADYOLOJİ SONUÇLARI
23. PATOLOJİ FORMU
24. EKG, EFOR, EKO SONUÇLARI

25. ODYOLOJİ BULGULARI FORMU
26. HASTANE DIŞI TRANSFER FORMU
27. HASTA VE YAKINLARININ EĞİTİM FORMU
28. TABURCU BİLGİLENDİRME FORMU
29. HASTA EŐYALARI TESLİM FORMU
30. SARF MALZEME FORMU
31. HASTA ODASI TANITIM FORMU
32. EKSİTUS İSE EKSİTUS FORMU
33. RAPORLAR (İSTİRAHAT-İLAÇ)
34. EPİKRİZ (ÇIKIŞ ÖZETİ)

Tıbbi öykü ve sistemik inceleme bulguları:

Hastanın tıbbi öyküsünde hastanın temel Şikayeti, dikkat edilmesi gereken özellikli tıbbi durumu/durumları, o an görünen hastalığın hikayesi, geçmiş tıbbi öyküsü, psikososyal durumu, ailevi soy geçmişi, sistemik inceleme sonuçları, fiziksel muayene bulguları, tüm tanısal veriler kaydedilmelidir.

SİSTEMİK İNCELEME (Sistemlerin Gözden Geçirilmesi)	FİZİKSEL MUAYENE
<ul style="list-style-type: none"> ● Genel görünüm ● Beslenme durumu ● Göz ● Kulak ● Burun ● Boğaz ● Boyun ● Thorax ● Meme ● Akciğer ● Kalp ● Kan damarları ● Karın ● Genitoüriner ● Vajinal ● İskelet-kas ● Deri 	<ul style="list-style-type: none"> ● Genel ● Baş /Yüz ● Gözler ● Kulaklar ● Burun ● Ağız/ Boğaz ● Boyun ● Solunum/ Akciğer ● Kardiyovasküler ● Gastrointestinal ● Üriner ● Genitoreprodaktif ● Kas-İskelet ● Deri ● Endokrin ● Lenfatik ● Hematolojik

<ul style="list-style-type: none">● Endokrin● Lenfatik● Nörolojik● Davranışsal● Disorientation or sensory impairment● Psikososyal değerlendirme● Temel fonksiyonel değerlendirme● Mobilite değerlendirme● Urinary / bowel continence● Dişlerin durumu	<ul style="list-style-type: none">● Nörolojik● Psikiyatrik● Dental
--	--

Doktor istemi (order) ve ilaç kayıtları:

Doktor istemlerinde tedavinin türü ve/veya tanısal prosedürler, hekimler hastalarla ilgili istemlerini hemşirelere ya da diğer hekimlere yazılı ya da sözlü talimatla iletirler. Verilen istemlerde hastanın tedavi türü veya tanısal prosedürleri istem kağıdına yazılmalıdır. Kullanılacak ilaçların yan etki durumunu en aza indirebilmek için hastanın varsa *alerjik reaksiyonları* mutlaka belirtilmelidir.

Yer alması gereken bölümler;

- İlaç Adı
- Etken Madde
- İstem Dozu
- Kullanım Şekli
- Uygulama Aralığı

Gözlem notları:

Gözlem notları hastaya genel bir bakış olanağı sağlamalı ve hastanın hikayesinde ya da fizik muayenesinde yer almayan bilgileri içermelidir. Hastaya uygulanan tüm tedaviler ve hastanın bu tedavilere verdiği yanıt, komplikasyonlar belirtilmelidir. Hasta taburcu olacağı zaman taburcu istemiyle birlikte hastanın genel durumu, aktiviteler, diyet ve tıbbi tedaviyle ilgili talimatları kapsayan bir son not yazılmalıdır.

Özellikle doktor gözlem formlarında yer alması gereken bölümler;

- Demografik Bilgiler
- Hastanın hikayesi,
- Şikayet ve hikaye
- Özgeçmiş
- Soygeçmiş

Konsültasyon raporları:

Tıbbi ya da cerrahi işlemlerin risklerini kaldıramayacak durumdaki hastalar, hastaya tanı konulamadığında uygulanan tedaviye yönelik hastanın verdiği yanıtın en iyisi olduğundan hekim emin olmadığında, hasta kriminal işlemlerle ilgili bir duruma karıştığında ve bir soru oluştuğunda, acil serviste hastanın değerlendirilmesinde Hastaya radyolojik işlemler, elektrokardiyogramlar, doku muayenesi, proktoskopik ya da sistoskopik incelemeler gibi rutin işlemler yapılacağı zaman konsültasyon istenebilir. Hastaya konsültasyon uygulandığında mutlaka hangi bölüme ve hangi doktor tarafından konsültasyon yapıldığı dokümante edilmelidir.

- Demografik Bilgiler
- Şikayet ve hikaye
- Fizik Muayenesi
- Radyolojik Bulgular
- Tanı
- Öneriler, bölümü özellikle doldurulmalıdır. Bu bölümde muayenenin özetini ve durumu tanımlayan kısımdır. Konsültasyon istemini yapan doktora karar vermesinde referans olacaktır.

Konsültasyon raporları zamanında ve kapsamlı bir değerlendirmeyi içerecek şekilde oluşturulmalıdır.

Klinik laboratuvar araştırmaları ve sonuçları:

Hastanın tüm klinik laboratuvar testleri hemen yapılmalı ve sonuçları raporlanmalıdır. Raporla tarih, saat, yapılan test ve sonucunun yanında testin normal sınırlarının referans değerleri de bulunmalıdır.

Özellikle HIV, AIDS ve hepatit sonuçları ayrıca özellikli olarak tanımlanmalı ve hastalığın safhası hakkında bilgi notu yazılmalıdır.

Tanısal testler ve çalışmalar:

Elektroensefalogram, elektrokardiyogram, nükleer tıp taramaları, pulmoner fonksiyon testleri, radyoizotop çalışmaları, elektromyogram gibi istemler ve raporları, biyopsi raporları, patoloji raporları kayıtlarda/dosyalarda yer almalıdır. Elektronik ortamda bu raporlara erişim sağlanabileceği gibi

kağıda dayalı kayıtlarda da mutlaka raporlar yer almalıdır. Tanısal test ve çalışmaların mutlaka sonuçları eksiksiz yazılmalı.

Radyoloji ve görüntüleme raporları:

Radyoloji raporları tanısal veya terapötik hizmetleri belirtir. Hekim (genellikle radyolog) görüntüyü tanımlar, yazar ya da dikte eder. Ayrıca izlenimini formun altına ilave eder. Nükleer tıp, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ultrasonografi, endoskopik incelemeler gibi görüntülemelerin raporları kayıtlarda yer almalıdır.

Bu kayıtlar mutlaka incelemenin yapıldığı bölge açıkça tanımlanmalı ve inceleme sırasında başka bölgelerde incelenmesi gerektiği düşünülmüş ve incelenmişse mutlaka raporlama sırasında kayıt edilmeli ve ayırtıcı açıklama yapılmalıdır. Raporlanmayan grafilerin sonuçları formlarda ilgili bölümlere kaydedilmelidir.

İçermesi gereken bölümler;

- Demografik Bilgiler
- Klinik Bilgiler
- Bulgular
- Sonuç

Radyasyon terapisi:

Hastaya uygulanacak tedavi planı, tedavinin süresi, her bir tedavide kullanılacak doz miktarı, radyasyon terapisinin uygulandığı bölge rapor edilmeli ve radyolog tarafından imzalanmalıdır.

Terapötik hizmetler:

Terapiler, hastanın fonksiyonlarını iyileştirmek için değerlendirme ve tedavi planlarını içerir. Terapist hastanın tepkisini içeren hizmetleri dokümanete eder, seyir notunu ve bulguları dokümanete eder.

Fizik tedavi, meşguliyet tedavisi, solunum tedavisi, konuşma terapisi vb. terapilerde hastanın genel değerlendirilmesi, tedaviye verdiği yanıt, gözlem notları ve bulguları dokümanete edilmelidir.

Anestezi kayıtları:

Anesteziyle ilgili kayıtlar anestezi öncesini, anestezi uygulamasını ve sonrasını kapsamalıdır. Preanestezi notu genellikle gözlem notunda yer alabilir. Bu kayıta işlem planı, anestezi seçimi ve hastanın muayenesinden elde edilen veriler, laboratuvar sonuçları, ilaç hikayesi, hastanın geçmiş ya da potansiyel problemleri ve anestezi öncesi medikasyonu tartışılmalı, preoperatif dönemde verilen tıbbi bakımın süresi, miktarı ve etkisi kaydedilmelidir.

Anestezi kayıtlarında kullanılan anestezi ajanının miktarını, kullanım şeklini, etkisini ve süresini, ameliyat/işlem süresince hastanın hayati bulgularını, kaybedilen kan miktarını, kan transfüzyonunu, intravenöz uygulamalarla verilen sıvıları belirtecek şekilde hastanın durumu, ameliyat sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ve varsa anestezi komplikasyonları kaydedilmelidir.

Postanestezi notunda hastanın durumu, komplikasyon gelişip gelişmediği, geliştiyse komplikasyonun yayılımı ve ne tür bir komplikasyon olduğu, operasondan önce aldığı anestezi ve operasyon sırasında uygulanan anestezi türü dokümanite edilmelidir. Post-anestezi notu ameliyattan sonra 24 saat içinde tamamlanmalı ve anesteziden sorumlu kişi tarafından imzalanmalıdır. Post-anestezi notu yoğun bakım kayıtlarında ya da anestezi raporunda yer alabilir.

- Demografik bilgiler
- Sistemlerin Değerlendirilmesi (alerji, sigara, alkol, aile öyküsü vb.)
- Fiziki Muayene
- Laboratuvar Sonuçları
- Ameliyat Bilgileri
- Anestetik ilaçlar ve Anestezi türü
- Diğer ilaçlar
- Sonuç, Değerlendirme

Yoğun bakım kayıtları:

Hastanın yoğun bakıma gelişinden ayrılışına kadar gözlemlerin kaydedildiği özel bir form kullanılır. Bu form hastanın durumunu, geldiğinde ve ayrıldığındaki bilinç düzeyini, hayati bulgularını, infüzyonlarını, ameliyat bandajlarını, tüpleri, kataterleri ve direnleri, yoğun bakımda uygulanan tedavileri içermelidir.

Solunum Desteği kayıtları :

Hastanın kendi solunum çabasını artıran veya yapay yolla solunumunu sağlayan bir mekanik cihaz aracılığıyla gazların akciğerlere taşınması işlemidir. Solunum desteğinde, hastaya entübasyon yada trakeostomi uygulanabilir ve hastanın sürekli solunumunu sağlamak için mekanik ventilasyon cihazı kullanılabilir. Ve böylece solunum desteği başlamış olur.

Solunum desteği hastaya uygulanıyorsa yoğun bakım ünitesinde veya yoğun bakım ünitesi dışında uygulandığı belirtilmelidir. Kodlama süreçleri içerisinde önemli yeri sürekli solunum desteğinin süresi tutmaktadır. Mekanik ventilasyonun ne kadar süre ile sağlandığı belirtilmelidir.

Entübasyon uygulanan hastalarda entübasyonun hangi yolla uygulandığı kaydedilmelidir. Entübasyon işlemi hastaya solunum desteği sağlamak için yada hastanın hava yolunu açık tutmak amacıyla yapılabilmektedir. Bu nedenle entübasyon durumları kayıt edilirken entübasyonun uygulanma amacı belirtilmelidir. Sürekli solunum desteği ile Trakeostomi uygulanıyorsa mutlaka kaydedilmelidir.

Mekanik ventilasyon ile birlikte farklı solunum desteği kullanılabilir. Hastaya uygulanan diğer solunum desteği tiplerinde mutlaka ilgili forma kayıt edilmelidir.

- Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı (CPAP)
- Çift Düzeyli Pozitif Havayolu Basıncı (BİPAP)
- İntermittan Pozitif Basınç Solunumu (IPPB)

Ameliyat raporları:

Ameliyat olan her hastanın ameliyat raporu dosyasında mutlaka bulunmalıdır. Raporun başında ameliyatı yapan cerrah ve varsa asistanları, ameliyatın tarihi, seyri ve türü yer almalıdır. Postoperatif tanı mutlaka yazılmalıdır.

Ameliyat öncesinde gözlem notunda yer alan preoperatif tanı karşılaştırma yapmak açısından önemlidir.

Raporun gelişme bölümü cerrahi işlemlerle ilgili açıklayıcı bilgileri, normal ve anormal bulguları, incelenen organları, uygulanan işlemleri, ligasyon ve sütün uygulamalarını, kullanılan spanç ve direnlerin sayısını, kan transfüzyonunu, intravenöz infüzyon uygulamalarını içermelidir. Ameliyat sonunda hastanın durumu detaylı olarak cerrah tarafından tanımlanmalıdır. Rapor ameliyattan hemen sonra en kısa sürede yazılmalıdır.

İşlemin yarım kalması yada uygulanamaması durumlarında hastaya uygulanacak işlemin hangi bölümüne kadar cerrahi girişim uygulanmışsa dokümante edilmiş olması gerekmektedir.

Cerrahi girişimin seyrinde yer alan bütün aşamalar ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Özellikle cerrahi girişimin seyrini değiştiricek komplikasyonlar ve ek durumlar belirtilmelidir.

Doğum kayıtları:

Hastanın hamileliğin erken dönemini de kapsayan hikayesini, fiziksel muayenesini, menstrual hikayesini, canlı doğum sayısını (tek, ikiz, çoğul canlı) ve düşükleri, risk değerlendirmesini, rutin laboratuvar testlerinin ötesinde kan grubu ve Rh faktörü, rubella durumu, servikal sitoloji ve sifiliz taraması vb. durumlar kaydedilmelidir. Antenatal(doğum öncesi), doğum, postnatal (doğum sonrası) döneme' e ait süreçte gelişen ve doğumu etkileyen komplikasyonlar, ek hastalıklar ve gelişen diğer durumlar mutlaka hamilelikle ilişkisi açık olarak kayıt edilmelidir.

Doğumda anneye ait ameliyat detayları ayrıntılı biçimde kaydedilmelidir. Doğumun hangi şekilde yapıldığı kaydedilmelidir. Doğum sezeryan işlemi ile gerçekleştiriliyorsa mutlaka klasik veya alt segment yöntemlerden hangisi uygulandığı ve uygulanma şeklinin aciliyetinin de (acil, elektif) tanımlanması gerekmektedir.

Fetüsün canlılığını yitirmesi veya sağlık problemi nedeniyle düşük gerçekleşiyorsa hangi şekilde (spontan, tıbbi vb.) düşüğün oluştuğu kayıt edilmelidir. Oluş şeklinin yanında düşüğün tam (komplete, Eğer komplet olarak belgelenmişse veya ultrason raporu herhangi bir hamilelik ürününe ait hiçbir kanıt göstermezse) veya kısmi (inkomplete) düşük olduğu belirtilmelidir. Hasta, bir önceki bakım epizodunda tedavi edilmiş olan düşükten geriye kalan hamilelik ürünleri nedeniyle hastaneye yatırılmışsa mutlaka kayıt edilmelidir.

Daha önceki doğumunu sezeryan ile yapmış ise hasta mutlaka geçirilmiş sezeryan durmu ve geçmişteki sezeryanlara (elektif sezeryan, skar denemesi) bağlı diğer tüm maternal bakım olguları dokümante edilmelidir.

Doğum sürecinde hastaya uygulanan epizyotomi, anestezi işlemler (ağrı azaltıcı analjezik ilaçlar ve doğum sürecinde kullanılan anestezi işlemleri özellikle kullanım amaçlarıyla birlikte dokümante edilmelidir.), nöraksiyal blok uygulamaları, indüksiyon veya augmentasyon işlem metodları, strezilizasyon işlemleri de mutlaka kayıt edilmelidir.

Yenidoğan kayıtları:

Hamileliğin 20. tamamlanmış haftasında (140 gün) başlayıp doğumdan sonra 28. tamamlanmış günde sona eren dönemdir. Perinatal dönemden kaynaklanan çoğu durum bir süre sonra kaybolur. Ancak, bu durumlardan bazıları ömür boyu sürer; bu nedenle ortaya çıkan durumlar hastanın yaşına bakılmaksızın dokümante edilmelidir.

Yenidoğan kayıtları; Doğum tarihinde başlayan (0'ıncı gün) ve 27'inci günün tamamlanmasıyla biten, net dört hafta veya 28 tam gün olarak adlandırılan dönemdeki durumları ifade eden kayıtlardır. Hastanede kalmasına karar verilen bebeğin durumu stabil olana kadar hayati bulguları kaydedilmelidir.

Yenidoğan döneminde bebeğin hastaneye ilk yatışında gram cinsinden doğum ağırlığı ve kaç haftalık olduğu bilgisi ve bebeğin hastane içinde yada dışında doğduğu durumu yenidoğan kayıtlarına yazılmalıdır.

Yenidoğan döneminde gelişen enfeksiyon durumları mutlaka gelişen enfeksiyon tipi laboratuvar sonuçlarıyla birlikte hasta kaydında belirtilmelidir. Doğum sırasında bebekte doğum travması oluşmuşsa mutlaka travmaya neden olan durumda kayıt edilmelidir.

Mekanik ventilasyona bağlanan bebeklerle ilgili olarak bebeğin mekanik ventilasyona bağlanma süresi ve hemşire tarafından yerine getirilen işlemler kayıt altına alınmalıdır. Ventilasyona bağlanma ve entübasyon şeklinin mutlaka dokümente edilmelidir.

Çıkış özeti (epikriz):

Hastanın sağlık kuruluşuna kabul nedeninden başlayarak muayene ve testlerden alınan önemli bulguların kronolojik tarifi, hastaya uygulanan tedavi ve işlemler, hastanın bu tedavi ve işlemlere verdiği yanıt/yanıtlar, tedavi sırasında yapılan istemler ve sonuçları, fiziksel aktivite düzeyi, diyet, hastanın tedavisinin devamlılığını sağlayacak öneriler ve hasta eğitimi bilgilerini içermelidir..

Çıkış özetlerinde standart bir terminoloji kullanmak, farklı anlama gelebilecek sözcüklerin kullanımından kaçınmak gereklidir. Hastanın taburculuğuyla ilgili tüm tanımlar ve uygulanan tüm işlemler gerektiğinde topografi ve etiyolojiyi de gösteren standart bir terminolojiyle kaydedilmelidir. Çıkış özeti taburcu işleminden sonra en kısa sürede yazılmalıdır. Hastanın bir başka sağlık kuruluşuna transferi/nakli durumunda hastanın aldığı tedavilerle ilgili bilgiler gönderilmelidir.

Ana tanı, hastanede hastanın hastalığının olmasında temelde neden olan, inceleme sonrasında konulan tanıdır. İnceleme sonrası, sağlık olayının sebebi olan duruma karar vermek için bulguların değerlendirilmesi demektir.

Ana tanı ve ek tanı mutlaka epikriz içerisinde belirtilmelidir. Ana tanıyı etkileyen veya hastalığın oluşmasında temelde neden olan durumlar var ise mutlaka ana tanıyla ilişkilendirilerek dokümente edilmelidir.

Gerek ana tanı ile birlikte seyreden gerekse hastanın bakım epizodu veya sağlık kuruluşunda bulunduğu sırada ortaya çıkan bir durum veya şikayet varsa mutlaka Ek Tanı olarak çıkış özetine (epikriz) dokümente edilmelidir.

Hastanın yatışından başlayarak çıkışına kadar süren bakım epizodunda hastanın fiziki muayenesi, şikayeti, özgeçmişi, cerrahi müdahale yapılmışsa cerrahi girişime ait bilgiler, yapılan medikal tedaviler ve klinik seyri ayrıntılı olarak açıklanmalıdır.

Yer alması gereken bölümler;

- Şikayet – Yatış Nedeni
- Hikaye
- Özgeçmiş
- Soygeçmiş
- Fiziksel Muayene
- Ön Tanılar
- Laboratuvar
- Tanılar
- Klinik İzlem
- Kısa Ameliyat Notu
- Kan Ürünleri
- Plan / Öneriler