مقایسه وضعیت ثبت اطلاعات در برگه‌های اختصاصی جراحی بیماران ترخیص شده در بیمارستان‌های شهرستان‌های زابل و تربت جام در سال ۱۳۹۰

ساناز سادات محمودیان[۱]، فهیمه جمشیدیان*[۲]، گلی ارجی[۳]، پروین احمدی[۴]

۱- مدرس گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.
۲- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت، بیمارستان سجادیه دانشکده علوم پزشکی تربت جام، ایران.
۳- مربی گروه فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، ایران.
۴- مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ثبت اطلاعات پزشکی در پرونده‌های بیمارستانی در حقیقت مستندسازی فعالیت تیم پزشکی بیمارستان است. با توجه به جایگاه ویژه‌ی پرونده‌ها در سابقه پزشکی بیماران و اهمیت آن در امر تصمیم‌گیری، ثبت صحیح اطلاعات در کلیه برگه‌ها اهمیت قابل توجهی دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه وضعیت ثبت اطلاعات در برگه‌های اختصاصی جراحی بیماران ترخیص شده در بیمارستان‌های شهرستان‌های زابل و تربت جام در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ـ مقطعی با روش نمونه گیری سیستماتیک ۷۴۰ پرونده پزشکی از بیمارستان‌های شهرستان‌های مذکور (هر بیمارستان ۳۷۰ پرونده) مورد بررسی قرار گرفت. به منظور حفظ گمنامی، واحدهای مورد مطالعه با حروف الف و ب مشخص گردیدند. در پایان داده‌ها با استفاده از چک لیست جمع‌آوری، و تجزیه و تحلیل با استفاده از آمار توصیفی به کمک نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که در بیمارستان‌های الف و ب به ترتیب ۳۶/۴ و ۶۲/۹ درصد از موارد اطلاعاتی در برگه‌های اختصاصی جراحی ثبت نشده است. در بیمارستان الف میزان موارد تکمیل شده در برگه مراقبت قبل از عمل، برگه بیهوشی، برگه گزارش عمل جراحی و برگه مراقبت بعد از عمل جراحی به ترتیب ۵۴، ۷۸، ۶۳ و ۷۳/۴ درصد و این میزان برای بیمارستان ب به ترتیب ۳۲، ۳، ۴۳، ۴۹ و ۰ درصد می‌باشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که پرونده‌های بیمارستانی در ثبت اطلاعات دارای نواقص جدی می‌باشند. این امر علاوه بر از دست دادن اطلاعات بیماران بستری می‌تواند اثرات سوء در فرایند درمانی بیماران داشته باشد. با توجه به اهمیت این برگه‌ها باید با اتخاذ تدابیر لازم در جهت رفع نواقص نسبت به اصلاح آن اقدام نمود.

کلمات کلیدی: برگه‌های اختصاصی جراحی، وضعیت ثبت، اقلام اطلاعاتی

***آدرس نویسنده مسئول: بیمارستان سجادیه دانشکده علوم پزشکی تربت جام، تربت جام، ایران.**

پست الکترونیک:fa.jamshidian@gmail.com

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-09-17]

مقدمه

پرونده پزشکی به عنوان منبع مهمی از اطلاعات مربوط به سابقه پزشکی بیمار محسوب می‌شود. این مدارک در حقیقت تعامل بیمار با سایر کادر درمانی را مستند می‌نماید (۱). پرونده پزشکی ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامتی و بهداشت است. کیفیت یک پرونده از نظر مطالعاتی، تحقیقاتی، اطلاعات علمی و آماری دقیقاً وابسته به کیفیت محتویات داخل پرونده است که توسط مستندسازان ثبت می‌شود. این کیفیت غالباً بر حسب مربوط بودن، کامل و قابل دسترس، بموقع و خوانا بودن بیان می‌شود (۲).

پرونده‌های بیمارستانی علاوه بر اینکه در موارد قانونی و تشخیص قصور و خطاهای کادر پزشکی مورد استناد قرار می‌گیرند، به‌عنوان مهمترین منابع جمع‌آوری اطلاعات بیماران در تحقیقات کمی و کیفی می‌توانند حاوی اطلاعات مفیدی برای محققین علوم پزشکی باشند. بطوری‌که در بسیاری از بیماری‌ها اطلاعات دقیق تشخیص بیماری صرفاً بر اساس پرونده‌های بیمارستانی قابل اکتساب است و پرسش از بیماران در خصوص نوع بیماری آنها خیلی کمک کننده نخواهد بود (۳،۴).

اطلاعات ثبت شده در پرونده پزشکی تأثیر قابل توجهی در کیفیت مراقبت بیماران دارد (۵). این اطلاعات باید به موقع، صحیح و کامل در تمام برگه های پرونده از جمله برگه های اختصاصی اعمال جراحی برای بیمارانی که نیاز به عمل جراحی داشته‌اند تکمیل گردد (۶). باید توجه داشت که کلیه ارائه دهندگان مراقبت بیماران، به گونه‌ای در صدور مدارک پزشکی بیماران دخالت دارند، بطوری‌که مسئولیت تنظیم، تصحیح و تکمیل مدارک پزشکی در طول مدت بستری بر عهده پرستار بخش، مسئولیت بررسی کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی بر عهده کارکنان بخش مدارک پزشکی و بالاخره بررسی پرونده‌های ناقص به‌عهده کمیته‌های تخصصی از جمله کمیته مدارک پزشکی می‌باشد (۷). در این میان نقش پزشکان بسیار مهم است زیرا معمولاً پزشکان داده‌های قابل استنادتری را در پرونده‌های بیمارستانی ثبت می‌کنند (۸).

برگه های اختصاصی جراحی پرونده پزشکی شامل چهار برگه مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوشی، شرح عمل و مراقبت بعد عمل است. شرح وضعیت بیمار، آزمایشات انجام شده و پیش بینی خطرات احتمالی مهمترین اطلاعاتی است که در برگه مراقبت قبل از عمل باید ثبت گردد؛ علائم حیاتی بیمار، مقدار دارو، تکنیک و طول مدت بیهوشی در برگه بیهوشی؛ تشخیص بیماری قبل و بعد از عمل در برگه عمل جراحی؛ وضعیت بیمار در اتاق بیهوشی و چگونگی درمان وی در برگه مراقبت بعد از عمل از جمله مهمترین اطلاعاتی است که باید ثبت گردد. اطلاعات این برگه هاگواه مناسبی برای توجیه تشخیص طبی، وضعیت بیمار، معالجات و کلیه اقدامات از جمله عمل جراحی، عوارض عمل و بیهوشی است (۹،۱۰).

به دلیل اهمیت اطلاعات برگه های جراحی در تعیین اولویت‌های بهداشتی درمانی در جامعه، ارزیابی کمی و کیفی این اطلاعات و روش‌های ثبت و جمع‌آوری آن از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به جایگاه ویژه‌ی پرونده‌ها در تحقیقات و اهمیت اطلاعات در تصمیم‌گیری، ثبت صحیح داده‌ها در کلیه برگه ها خصوصاً برگه های مربوط به اعمال جراحی از اهمیت شایان توجهی برخوردار است. بنابراین در این پژوهش، با توجه به موارد فوق موارد اطلاعاتی برگه های اختصاصی جراحی از نظر تکمیل بودن مورد بررسی قرار خواهند گرفت، تا با پی بردن به کاستی‌های احتمالی در ثبت یا عدم ثبت موارد اطلاعاتی برگه های جراحی و براساس یافته‌های پژوهش به نقاط ضعف و نیازهای آموزشی کارکنان پی برده و بتوان راهکارهایی جهت رفع مشکلات موجود ارائه نمود.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی و از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه‌ی پرونده‌های بیماران بستری ترخیص شده بیمارستان‌های آموزشی ب و الف مربوط به سال ۱۳۹۰ که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند می‌باشد. روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک می‌باشد. حجم نمونه با توجه به نسبت به‌دست آمده از وضعیت ثبت از مطالعات قبلی برابر ۰/۶ بود که بر این اساس و با دقت ۰/۰۵ حجم نمونه ۳۷۰ مورد تعیین شد. برگه های اختصاصی جراحی ۷۴۰ پرونده از بیماران بستری در دو بیمارستان آموزشی الف و ب (هر بیمارستان

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-09-17]

۳۷۰ پرونده) در سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفت و پس از تکمیل چک لیست، اطلاعات بیمارستان‌ها جهت مقایسه با یکدیگر در درجه اول دسته‌بندی و با استفاده از آمار توصیفی و با کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت .

در این پژوهش از چک لیست استفاده گردید که برگه مراقبت قبل از عمل شامل پنج بخش مشخصات زمینه‌ای، خصوصیات عمومی جراحی، اقلام اطلاعاتی مربوط به عمل، علائم حیاتی و اطلاعات تکمیلی می‌باشد که در بخش مشخصات زمینه‌ای در برگه های اختصاصی جراحی موارد شماره پرونده، نام و نام خانوادگی و نام پدر بیمار، بخش، تخت، پزشک معالج و غیره گنجانده شده است. در بخش خصوصیات عمومی جراحی تاریخ عمل جراحی، تشخیص، نام عمل، سمت عمل و غیره گنجانده شده است، در بخش اقلام اطلاعاتی مربوط به عمل موارد فشار خون هنگام پذیرش، فشار خون بعد از داروی بیهوشی، قند خون، اوره خون، اثر داروی بیهوشی و غیره گنجانده شده است و در بخش علائم حیاتی گزینه علائم حیاتی گنجانده شده است. برگه بیهوشی شامل مشخصات زمینه‌ای، مراحل بیهوشی، مراحل نهایی بیهوشی، خصوصیات عمومی و عوارض مشاهده شده، می‌باشد که در بخش مراحل بیهوشی موارد داروهای قبل بیهوشی، نوع بیهوشی، وضع بیمار در شروع بیهوشی، شروع و پایان بیهوشی و شروع و پایان عمل گنجانده شده است. در بخش مراحل نهایی بیهوشی موارد مراقبت مخصوص، وضع بیمار در پایان بیهوشی، امضا و نام متخصص بیهوشی گنجانده شده است. در بخش خصوصیات عمومی جراحی موارد حرارت، تنفس، فشارخون، نبض، سن، جنس، حساسیت دارویی و غیره گنجانده شده است. در بخش عوارض مشاهده شده موارد عوارض قبل، حین و بعد عمل گنجانده شده است. برگه گزارش عمل شامل مشخصات زمینه‌ای، اطلاعات تکمیلی و گزارش عمل می‌باشد که در بخش اطلاعات تکمیلی نام جراح، کمک اول، کمک دوم، نام بیهوشی دهنده، نوع بیهوشی، زمان عمل، نوع عمل، پرستار اتاق عمل و غیره گنجانده شده است. در بخش گزارش عمل موارد تشخیص قبل از عمل و بعد عمل، نوع عمل، نمونه برداشته شده، شرح عمل، مشاهدات عمل، دستورات بعد از عمل و غیره گنجانده شده است و برگه مراقبت بعد از عمل شامل مشخصات زمینه‌ای، وضعیت عمومی در ساعت ورود و خروج و اطلاعات عمومی می‌باشد که در بخش وضعیت عمومی در ساعت ورود و خروج موارد ساعت، وضع عمومی، نبض، سیانوز موضعی و عمومی، تنفس، بیداری، رنگ پوست، امضا پرستار در ساعت ورود و خروج و غیره گنجانده شده است و در بخش اطلاعات عمومی امضا و نام متخصص بیهوشی، مشاهدات و معالجات در زمان مراقبت ، خون، جراح، تنفس مصنوعی، مایعات دفع شده و غیره گنجانده شده است. در بخش گزارش عمل موارد تشخیص قبل از عمل و بعد عمل، نوع عمل، نمونه برداشته شده، شرح عمل، مشاهدات عمل، دستورات بعد از عمل و غیره گنجانده شده است و برگه مراقبت بعد از عمل شامل مشخصات زمینه‌ای، وضعیت عمومی در ساعت ورود و خروج و اطلاعات عمومی می‌باشد که در بخش وضعیت عمومی در ساعت ورود و خروج موارد ساعت، وضع عمومی، نبض، سیانوز موضعی و عمومی، تنفس، بیداری، رنگ پوست، امضا پرستار در ساعت ورود و خروج و غیره گنجانده شده است و در بخش اطلاعات عمومی امضا و نام متخصص بیهوشی، مشاهدات و معالجات در زمان مراقبت ، خون، جراح، تنفس مصنوعی، مایعات دفع شده و غیره گنجانده شده است.

نتایج

در بیمارستان الف حدود ۴۶ درصد از موارد اطلاعاتی مربوط به برگه مراقبت قبل از عمل ثبت نشده، در حالی‌که این میزان پرونده‌های بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفته‌اند، وجود برگه مراقبت قبل از عمل در پرونده بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند الزامی است (جدول ۱).

جدول ۱: وضعیت ثبت موارد اطلاعاتی در برگه مراقبت قبل از عمل جراحی

نام بیمارستان	ب		الف	
برگه مراقبت قبل از عمل	ثبت	عدم ثبت	ثبت	عدم ثبت
مشخصات زمینه‌ای	۳۸/۳	۶۱/۷	۷۳	۲۷
خصوصیات عمومی جراحی	۳۹/۸	۶۰/۲	۵۲	۴۸
اطلاعاتی مربوط به آزمایشات	۱۲/۴	۸۷/۶	۱۱	۸۹
علایم حیاتی	۴۲/۴	۵۷/۶	۷۴/۶	۲۵/۴
اطلاعات تکمیلی	۲۷/۴	۷۲/۶	۶۰	۴۰
درصد کل	۳۲	۶۸	۵۴	۴۶

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-09-17]

موارد اطلاعاتی برگه بیهوشی در ۵۱ درصد موارد در بیمارستان الف ثبت نشده است. این میزان در بیمارستان ب ۶۴ درصد می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲: وضعیت ثبت موارد اطلاعاتی در برگه بیهوشی

نام بیمارستان	ب		الف	
برگه بیهوشی	ثبت	عدم ثبت	ثبت	عدم ثبت
مشخصات زمینه‌ای	۳۸/۳	۶۱/۷	۷۷	۲۳
مراحل بیهوشی	۵۱/۲	۴۸/۸	۶۲/۴	۳۷/۶
مراحل نهایی بیهوشی	۷۸/۲	۲۱/۸	۹۳/۲	۶/۸
خصوصیات عمومی	۸	۹۲	۱۲/۳	۸۷/۶
عوارض مشاهده شده	۰/۵	۹۹/۵	۰/۳	۹۹/۷
درصد کل	۳۶	۶۴	۴۹	۵۱

موارد اطلاعاتی برگه گزارش عمل در ۲۲ درصد موارد در بیمارستان الف ثبت نشده است. این میزان در بیمارستان ب ۵۶/۷ درصد است (جدول ۳).

جدول ۳: وضعیت ثبت موارد اطلاعاتی در برگه گزارش عمل

نام بیمارستان	ب		الف	
برگه گزارش عمل	ثبت	عدم ثبت	ثبت	عدم ثبت
مشخصات زمینه‌ای	۳۸/۳	۶۱/۷	۷۷	۲۳
اطلاعات تکمیلی	۷۸/۲	۲۱/۸	۹۳/۲	۶/۸
گزارش عمل	۵۱/۲	۴۸/۸	۶۲/۴	۳۷/۶
درصد کل	۴۳/۳	۵۶/۷	۷۸	۲۲

موارد اطلاعاتی مربوط به برگه مراقبت بعد از عمل در بیمارستان الف ۲۶/۶ درصد ثبت نشده است و در بیمارستان ب این برگه در پرونده‌ها وجود نداشت. که در بررسی مشخص شد با توجه به سابقه عدم تکمیل آن توسط کادر پزشکی، این برگه از ابتدا در پرونده قرار داده نمی‌شود (جدول ۴).

جدول ۴: وضعیت ثبت موارد اطلاعاتی در برگه مراقبت بعد از عمل جراحی

نام بیمارستان	ب	
برگه مراقبت بعد از عمل	ثبت (درصد)	عدم ثبت (درصد)
مشخصات زمینه‌ای	۷۵/۴	۲۴/۶
وضعیت عمومی در ساعت ورود	۹۹/۲	۰/۸
وضعیت عمومی در ساعت خروج	۹۹/۲	۰/۸
اطلاعات تکمیلی	۱۹/۸	۸۰/۲
درصد کل	۷۳/۴	۲۶/۶

بحث

به‌طور کلی می‌توان گفت که در بیمارستان الف ۳۶/۴ درصد موارد اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی ثبت نشده است. که بیشترین عدم ثبت مربوط به برگه بیهوشی است و میزان عدم ثبت برای بیمارستان ب ۶۲/۹ درصد می‌باشد که نشان دهنده این است که وضعیت ثبت موارد اطلاعاتی در برگه های اختصاصی جراحی در بیمارستان الف بهتر از بیمارستان ب است. با وجود این‌که این برگه‌ها دارای اهمیت خاص بوده و جزء برگه های اصلی بیمارانی محسوب می‌شود که تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند، برگه گزارش بعد عمل فقط در بیمارستان الف تکمیل شده است. در بیمارستان الف برگه گزارش عمل ۶۰/۷ درصد و در بیمارستان ب برگه بیهوشی ۴۹ درصد بیشترین ثبت موارد اطلاعاتی را داشته‌اند (جدول ۵).

جدول ۵ : وضعیت ثبت موارد اطلاعاتی در برگه‌های اختصاصی جراحی

نام بیمارستان	ب		الف	
برگه های اختصاصی جراحی	ثبت	عدم ثبت	ثبت	عدم ثبت
مراقبت قبل عمل	۳۲	۶۸	۵۴	۴۶
برگه گزارش عمل	۴۳/۳	۵۶/۷	۷۸	۲۲
برگه بیهوشی	۴۹	۵۱	۶۳	۳۷
برگه مراقبت بعد از عمل	۰	۰	۷۳/۴	۲۶/۶
درصد کل	۳۷/۱	۶۲/۹	۶۳/۶	۳۶/۴

در مجموع موارد ثبت برگه های اختصاصی در بیمارستان الف و ب بترتیب ۶۳/۳ و ۳۷/۱ درصد بوده است. همچنین این میزان در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کرمان و بیمارستان‌های آموزشی عمومی و تخصصی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران بترتیب حدود ۶۳ و ۳۸ درصد بوده است (۱۱،۱۲).

ویتلا و همکاران (۱۳) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی میزان تکمیل و دقت داده‌های مرگ و میر و داده‌های تجویز دارو در پرونده‌های پزشکی کامپیوتری توسط پزشکان عمومی که در مارس ۱۹۹۶ انجام شد نشان دادند که در بیمارستان‌های اسکاتلند حدود ۹۳ درصد موارد اطلاعاتی برگه های اختصاصی جراحی تکمیل شده است. فاصله چشم گیر وضعیت

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-09-17]

تکمیل برگه های اختصاصی جراحی در کشور بیانگر اهمیت ندادن به ثبت داده‌های مدارک پزشکی است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده و بررسی‌های انجام شده در این مطالعه مشخص شد که ضعف مستندسازی توسط کادر درمانی و کارکنان دخیل در امر مستندسازی عواملی هستند که در این دو بیمارستان مشاهده شده و برای رفع مشکلات مربوط به مستندسازی مدارک پزشکی، راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد: آموزش پرونده‌نویسی علمی در سطوح مختلف دانشجویان پزشکی، منظور نمودن اصول پرونده-نویسی درست در نمره پایانی بخش‌ها در هنگام ارزیابی، تشکیل شورای مرکزی مدارک پزشکی در حوزه ریاست محترم دانشگاه، تقویت کمیته مدارک پزشکی و دستورالعمل-های اجرایی در رابطه با نحوه‌ی تکمیل پرونده‌های پزشکی، انجام آموزش لازم جهت دانشجویان پزشکی و تخصصی مرتبط با جراحی در واحد دانشگاهی، انجام ارزیابی‌های دوره-ای در خصوص نحوه تکمیل برگه های مربوط به جراحی و نتایج آن در بیان عملکردی جراحان و پرستاران و کلیه افراد دخیل در تکمیل پرونده، برگزاری کارگاه‌ها و کنفرانس‌ها در رابطه با مستندسازی پرونده به ویژه برگه های اختصاصی جراحی، آموزش دوره‌ای اصول مستندسازی پرونده‌های پزشکی برای پزشکان متخصص و همچنین انترن‌ها و حتی قبل از آن به دانشجویان پزشکی به منظور بهتر شدن وضعیت موجود به‌کار ببرند.

تشکر و قدردانی

با تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ب که انجام این طرح را در قالب طرح تحقیقاتی امکان پذیر ساخت و همچنین از مسئولین محترم مدارک پزشکی بیمارستان‌های آموزشی سجادیه و امیرالمومنین که در انجام این پژوهش با محققین همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-09-17]

References

1- Farzandipour m et al. The principles of medical information magazine. Kashan: publishing morsel, 2005

2 -Moghaddasi h. information quality in health, Tehran, 2006

3 - Janqurbani m. Epidemiology text book definition, Kerman Kerman University, 1997.

4-Don S. What's new in clinical data respositiories. Ahima November - December; 2001

۵-Manager BJ. Documentation requirements in non –acute care facilities & organizations. New York: parthen on publishing group; 2001.

6 -Bergamann MM, Byers T, Freedman DS, M0kdad A.Validity of self-reported diagnoses leading to hospitalization: a comparison of self-reports with hospital records in a prospective study of American adults. AM J Epidemiol. 1998 May; 147(10):969-77.

7. Mashoufee M, Amanee F, Rostamee KH. [Hospital records assessment in Ardabil educational hospitals]. Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services 2004; 4(1):43-49.

8- O, Conner P, Franklin RR, Behrhorst CH. Hospital record studies as a tool for staff education: aparticipatory research project in Guatemala. Community Health 1987; 12(2-3): 92-107

9- Soto CM, Kleinman KP, Simon SR. Quality and correlates of medical record documentation in the ambulatory care setting 2002. BMC Health Serv Res 2002 Dec 10; 2(1):22.

10-Whitelaw FG, Nevin SL, Milne RM, Taylor RJ, Taylor MW, Watt AH. Completeness and accuracy of morbidity and repeat prescribing record held on general practice computers in Scotland.Br J Gen Pract.1996 March; 46(404):181-186

11-Ariyayi M, Check the content of medical records in the public hospital, educational and health services, University of medical sciences, Kerman, in the first quarter of 1998. In the fourth year. Number groups. Autumn and winter 2001.

12- Sharifian d, m ghazi saeedi. Check the status information in the tabs takhasosi surgery in discharge patients' teaching hospitals, at Tehran University of medical sciences, Journal of Faculty of medicine University of medical sciences, Tehran, Iran (piaward health) volume 2, number 1 spring and summer 1999, 31-39.

13- Whitelaw FG, Nevin SL, Milne RM, Taylor RJ, Taylor MW, Watt AH. Completeness and accuracy of morbidity an repeat prescribing record held on general practice computers in Scotland.Br J Gen pract 1966 March; 46(404): 181-186.

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-09-17]

Comparison of the status of data recording in discharge patient's surgical forms in educational hospitals of Zabol and Torbat-jam in 2011

Mahmoodian Sanaz-Sadat[1], Jamshidian Fahime[*2], Arji Goli[3], Ahmadi Parvin[4]

1- Lecturer, Department of H IT, School of Allied Medical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Iran
2- Expert HIT, Hospital Sajadieh, Torbat-e- jam, paramedical school-Mashhad University of Medical Science, Iran
3- Lecturer, Department of H IT, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Iran
4- Lecturer, Department of Epidemiology, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Iran

[*]Corresponding Address: Sajadieh Hospital, Torbat-e- jam School of Medical Science, Torbat-e- jam, Iran. Email; fa.jamshidian@gmail.com

Abstract

Background and Aims: *Recording of medical information in hospital is documentation of medical team`s activities. Regarding the special position of records in patient's medical history and its importance in making decision, recording the information in a correct way is substantial. This study carried out to compare the status of documentation in surgical forms of discharged patients in educational hospitals of Zabol and Torbat-e-jam cities in 2011.*

Methods: *In this cross-sectional study 740 medical records of Zabol and Torbat-e-jam hospitals (each hospital 370 cases) were studied by systematic sampling. Data were collected using a check list and analyzed by SPSS software through descriptive statistics.*

Results: *The survey indicates that 36.4 and 62.9 percent of the data were not documented in surgical forms in Zabol and Torbat-e-Jam educational hospitals, respectively. The rate of data completion in preoperative care sheets, anesthesia sheets, surgery report and post-operative care sheets were 54, 78, 63 and 73.4 percent, respectively in Torbat-e-Jam educational hospital. These amounts in Zabol educational hospitals were determined 32, 43.3, 49 and 0 percent respectively.*

Conclusion: *As can be concluded from the results, the medical records documentation had serious defects. This can lead to loss of patients' data and adverse effects on the treatment process as well. Regarding the importance of surgical forms, proper solutions should be adopted to eliminate data incompletion.*

Keywords: *Surgery special sheets, Documentation status, Data.*

[Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2026-09-17]