بررسی میزان رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده‌های بالینی بیماران بستری در بیمارستانهای شهر کاشان در سال ۱۳۸۱

مهرداد فرزندی پور[۱] ، *دکتر سعید آصف زاده*[۲]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت رعایت اصول تشخیص نویسی در پرونده های بالینی و استفاده های آموزشی، درمانی، تحقیقاتی، قانونی و آماری از آنها و عدم اطلاع از وضعیت موجود، این پژوهش به منظور تعیین میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های بالینی بیمارستانهای کاشان در سال ۱۳۸۱ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش بر روی داده‌های موجود در پرونده‌های بالینی ۵۱ پزشک متخصص شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام پذیرفت. حجم نمونه ۱۰۷۱ پرونده بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی، از هر پزشک ۲۱ پرونده انتخاب گردید. چک لیستی بر اساس اصول استانداردسازی جهانی بهداشت (کتاب *ICD-10*) تهیه شد و داده‌های مربوط به رعایت اصول تشخیص‌نویسی به تفکیک بیمارستان و گروه‌های بالینی به روش مشاهده از پرونده‌ها استخراج گردید. سپس فراوانی موارد رعایت اصول تشخیص نویسی گزارش گردید.

یافته‌ها: اصول تشخیص‌نویسی به میزان ۸۷ درصد، اصول ثبت اقدامات پزشکی به میزان ۷۷ درصد و اصول ثبت علل خارجی حوادث به میزان ٦٥ درصد رعایت شده بود. اصول تشخیص نویسی در بیمارستان متینی با ۹۲ درصد بیشترین میزان و در بیمارستان نقوی با ۷۷/۸ درصد کمترین میزان را دارا بود. اصول اقدامات در بیمارستان شهید بهشتی با ۹۳/۵ درصد بیشترین میزان و در بیمارستان نقوی با ۷۲/۹ درصد کمترین میزان را داشت. اصول ثبت علل خارجی حوادث در بیمارستان شهید بهشتی با ۷۷/۸ درصد بیشترین و در متینی با ۵۰ درصد کمترین میزان را داشت.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: در مجموع رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های بالینی بیماران بستری مطلوب است. به نظر می‌رسد علاوه بر توجه و دقت متخصصین به ثبت تشخیص‌ها و اقدامات، وجود شورایعالی مدارک پزشکی دانشگاه زیر نظر ریاست محترم دانشگاه در این امر مؤثر بوده است. بنابراین توصیه می‌شود شورایعالی مدارک پزشکی در سایر دانشگاه‌ها نیز تأسیس شود.

واژگان کلیدی: اصول تشخیص‌نویسی، اصول ثبت اقدامات، اصول ثبت علل خارجی حوادث، پرونده‌های بالینی

۱- *گروه مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی کاشان*

۲- *دانشگاه علوم پزشکی قزوین*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

مقدمه

امروزه یکی از دغدغه‌های موجود بیمارستان‌ها، رعایت اصول تشخیص‌نویسی در پرونده‌های بالینی بیماران است.

تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که ۶۸٪ محققین، اطلاعات مدارک پزشکی نظیر ثبت تشخیص‌ها و اقدامات را ناقص می‌دانند (۱) و عملکرد پزشکان از نظر تکمیل پرونده بیماران به خصوص در ثبت آزمایشات، تشخیص‌ها و اقدامات درمانی، ضعیف است. (۲) بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که یکی از علل اساسی و مهم استاندارد نبودن ثبت تشخیص‌ها و اقدامات، عدم آگاهی پزشکان از این استانداردها است (۳).

استانداردهای تشخیص‌نویسی توسط سازمان جهانی بهداشت در قالب کتاب *ICD-10* که دربرگیرنده دستورالعمل‌های عمومی و خاص تشخیص‌نویسی، اقدامات و علل خارجی حوادث است، در ۲۱ فصل ارائه شده است که در سراسر دنیا توسط کدگذاران بخش مدارک پزشکی مراکز درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. عدم ثبت کامل تشخیص‌ها و اقدامات درمانی در پرونده‌های بالینی، امکان طبقه‌بندی دقیق آنها را از کدگذاران سلب می‌کند و در نهایت اطلاعات کامل و باارزشی از چرخه اطلاعات تصمیم‌گیران حذف می‌شود (٤). تشخیص‌های پرونده‌های بالینی در تحقیقات و مطالعات پزشکی و اپیدمیولوژی و گاهی ارزشیابی گروه‌های بیمارستانی کاربرد دارند، لذا نقص در ثبت آنها موارد مذکور را دچار اختلال کرده و یا به تأخیر می‌اندازد (۵).

در ارزشیابی گروه‌های رزیدنتی یکی از بیمارستان‌ها، مشخص شد که این بیمارستان به مدت یک سال از پذیرش رزیدنت محروم گردیده است که یکی از دلایل آن، نواقص موجود در ثبت پرونده‌های بالینی بوده است.

یقیناً فقدان اطلاعات دقیق در مورد بیماران بستری معضلاتی را ایجاد نموده و خلأ آن منشأ صدمات جبران‌ناپذیری خواهد بود. عدم ثبت علمی و مناسب تشخیص‌ها و اقدامات درمانی، منجر به عدم دسترسی به اطلاعات مناسب و مقتضی شده و برنامه‌ریزی اصولی را با مشکل مواجه می‌سازد. پزشکان سهم مهمی در تهیه پرونده‌های بالینی دارند. بر این اساس با آماده‌سازی دانشجویان پزشکی از طریق تجربه آموزشی سازمان یافته می‌توان ارزش و فواید پرونده‌های کامل و معتبر را در حرفه آتی‌شان شناساند(٦). برای کاهش عدم تطابق اصول مدارک پزشکی با اصول استاندارد، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی مربوطه بسیار مفید است (۵). با توجه به موارد مطروحه و عدم اطلاع از وضعیت موجود، این پژوهش به منظور تعیین میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی توسط پزشکان گروه‌های بالینی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در پرونده‌های پزشکی بیماران بستری مطابق با اصول استاندارد سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۱ انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش بر روی داده‌های موجود در پرونده‌های بالینی بیماران بستری انجام پذیرفت. از تمامی ۵۱ پزشک متخصص شاغل تمام وقت در چهار بیمارستان شهید بهشتی و شبیه‌خوانی (که دارای رزیدنت هستند) و نقوی و متینی (که فاقد رزیدنت هستند) شامل گروه‌های بالینی داخلی، اطفال، زنان و زایمان، جراحی عمومی، جراحی تخصصی، چشم و گوش و حلق و بینی (*ENT*)، به روش نمونه‌گیری ۱۰۷۱ پرونده تعیین گردید. از هر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

پزشک متخصص به روش تصادفی ساده ۲۱ پرونده انتخاب شد. پزشکان بیمارستان روانپزشکی اخوان به دلیل پیروی آنها از استانداردهای *DSM* در ثبت اطلاعات تشخیصی از این مطالعه حذف شدند.

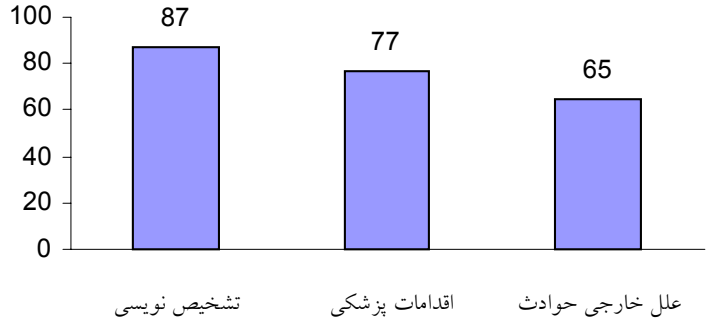
بر اساس استانداردهای سازمان جهانی بهداشت (کتاب *ICD-10*) در ابعاد تشخیص‌نویسی، ثبت اقدامات پزشکی و ثبت علل خارجی حوادث، چک‌لیستی تهیه شد و با مراجعه حضوری به بخش مدارک پزشکی بیمارستانها و استخراج پرونده‌ها به روش مشاهده تکمیل گردید.

داده‌های به دست آمده با استفاده از برنامه *SPSS* تجزیه و تحلیل شد و نتایج حاصل با آمار توصیفی ارائه شد. یافته‌های زیر ۲۵ درصد خیلی ضعیف، ۲۵ تا ۵۰ درصد ضعیف، ۵۰ تا ۷۵ درصد متوسط و ۷۵ درصد و بیش از آن خوب طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها

پژوهش بر روی ۱۰۷۱ پرونده مربوط به ۵۱ پزشک متخصص گروه‌های بالینی بیمارستان‌های کاشان انجام پذیرفت. از ۵۱ نفر پزشک، ۱۸ نفر متخصص داخلی، ٦ نفر متخصص اطفال، ۱۰ نفر متخصص زنان و زایمان، ۵ نفر جراح عمومی، ٦ نفر جراح تخصصی، ٤ نفر متخصص چشم و ۲ نفر متخصص گوش و حلق وبینی *(ENT)* بودند.

فراوانی میزان رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها در نمودار شماره ۱ آمده است. اصول تشخیص‌نویسی با ۸۷٪ بیشترین موردی است که رعایت شده است. پس از آن اصول ثبت اقدامات پزشکی با ۷۷٪ و علل خارجی حوادث با ٦۵٪ به ترتیب در مکان‌های دوم و سوم هستند.



نمودار ۱- توزیع ۱۰۷۱ پرونده برحسب رعایت اصول تشخیص نویسی در بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

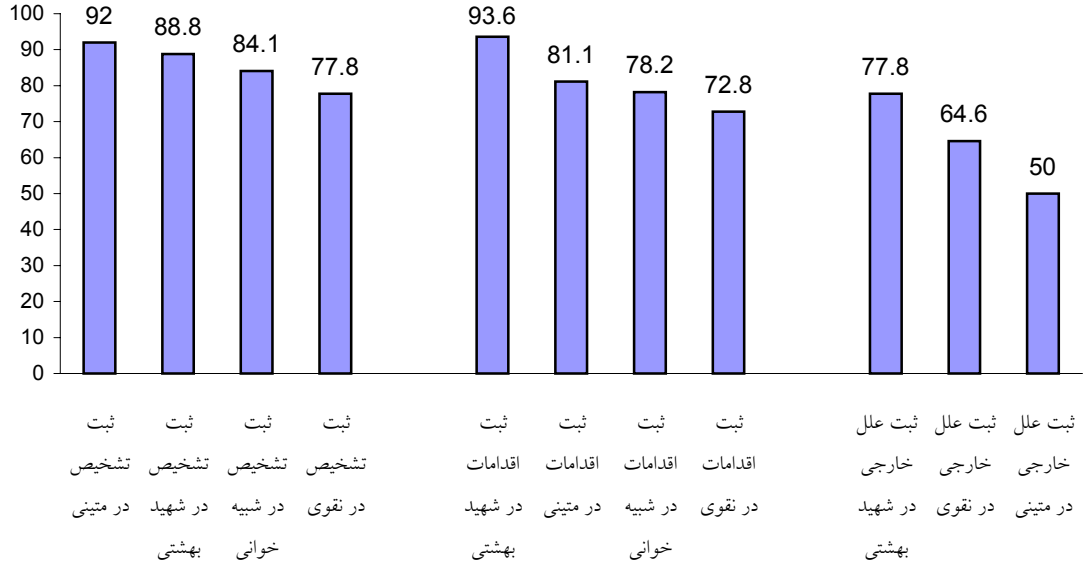
توزیع فراوانی میزان رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها، اقدامات و علل خارجی حوادث بر حسب بیمارستان‌ها در نمودار شماره ۲ آمده است و نشان می‌دهد که رعایت اصول ثبت تشخیص‌نویسی در بیمارستان متینی با ۹۲٪ بیشترین میزان و در بیمارستان نقوی با ۷۷/۸٪ کمترین میزان را داشته است. گروه چشم‌پزشکی با ۹۵/۹٪ بیشترین میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی را در بین گروه‌های بالینی داشته است و کمترین میزان مربوط به گروه جراحی تخصصی با ۷۷/۸٪ بوده است.

در خصوص ثبت اقدامات پزشکی، بیمارستان شهید بهشتی با ۹۳/۵٪ بیشترین میزان و بیمارستان نقوی با ۷۲/۹٪ کمترین میزان را به خود اختصاص داده است و در بین گروه‌های بالینی، گـروه *ENT* با

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

۹۴/۷٪ بیشترین میزان و گروه چشم‌پزشکی با ۶۷/۵٪ کمترین میزان را داشته‌اند.

در مورد میزان رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث، بیمارستان شهید بهشتی با ۷۷/۸٪ بیشترین میزان و بیمارستان متینی با ۵۰٪ کمترین میزان را داشته است. گروه *ENT* با ۳۳٪ کمترین میزان را در این مورد به خود اختصاص داده است.



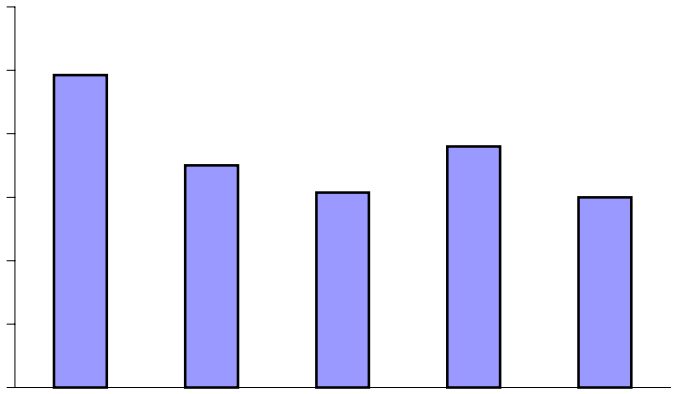
نمودار ۲ - توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب اصول تشخیص نویسی به تفکیک بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

اصول ثبت تشخیص‌نویسی به تفکیک استانداردهای ثبت تشخیص‌ها در نمودار شماره ۳ آمده است. بیشترین رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها مربوط به ثبت ماهیت عارضه ایجاد شده، ثبت درجه و درصد سوختگی در تشخیص سوختگی‌ها، ثبت ماده یا داروی مسمومیت‌زا در تشخیص مسمومیت‌ها به میزان ۱۰۰ درصد و کمترین میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی مربوط به ثبت شکل و باز یا بسته بودن شکستگی در تشخیص شکستگی‌ها به میزان ۷٪ بوده است.

نمودار ۳- توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب استانداردهای رعایت اصول تشخیص نویسی در بیمارستانهای کاشان، سال۱۳۸۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

میزان رعایت اصول ثبت اقدامات پزشکی در نمودار شماره ٤ آمده است. بیشترین میزان رعایت اصول ثبت اقدامات پزشکی مربوط به ثبت ماهیت اقدام یا عمل جراحی انجام شده با ۹۸/۵٪ و کمترین آن مربوط به ثبت اقدام یا عمل جراحی انجام شده بدون استفاده از اختصارات پزشکی به میزان ٦۰٪ بوده است.



نمودار ٤- توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب استانداردهای رعایت اصول ثبت اقدامات پزشکی در بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

میزان رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث در نمودار شماره ۵ آمده است. بیشترین رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث مربوط به ثبت ماهیت صدمه یا حالت ایجاد شده در حالتهای منتج از علل خارجی به میزان ۱۰۰٪ و کمترین میزان رعایت آن مربوط به ثبت محل وقوع حادثه یا جراحت در حالت‌های منتج از علل خارجی به میزان ۳٪ می باشد.

نمودار ۵- توزیع ۱۰۷۱ پرونده بر حسب استانداردهای رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث در بیمارستانهای کاشان، سال ۱۳۸۱

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

بحث

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که اصول تشخیص‌نویسی و اصول ثبت اقدامات به میزان ۸۷٪ و ۷۷٪، در حد مطلوب و اصول ثبت علل خارجی حوادث به میزان ٦٥٪ در حد متوسط در پرونده‌های بالینی رعایت شده است.

احمدزاده در تحقیقی که در سال ۱۳۷۷ در بیمارستان‌های شهید فقیهی و نمازی شیراز انجام داده است بیان می‌کند که ثبت تشخیص نهایی به ترتیب در دو بیمارستان مذکور ۹۸/۵ و ۹۵/۸ درصد و ثبت اقدامات پزشکی ۹٤٪ و ۹٦٪ و در حد مطلوب بوده است. (۷) محرابی در تحقیق سال ۱۳۷۷ در بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایران اذعان داشته است که ثبت تشخیص نهایی و اقدامات پزشکی در ۳ بیمارستان دارای عملکرد خوب (بالای ۷۰٪) و در یک بیمارستان دارای عملکرد متوسط (۷۰٪-۵۰٪) بوده که بیان‌کننده ثبت تشخیص‌ها در حد مناسب در اکثریت مراکز تحت پژوهش می‌باشد (۲). *Schwartz* در سال ۱۹۹۵ تحقیقی در زمینه بررسی کمی اطلاعات ثبت شده مربوط به علل خارجی حوادث به استناد پرونده‌های پزشکی انجام داد. در آن مطالعه میزان ثبت علل خارجی حوادث ۵۲٪ و در حد متوسط بود (۸) که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. نتایج تحقیق انجام شده توسط آریایی در سال ۱۳۷۷ در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان حاکی از آن است که تشخیص نهایی در ٦۲٪ موارد یعنی در حد متوسط تکـمیل شده و میزان ثبت اعمال جراحی ٤٥٪ یعنی در حد ضعیف بوده است. (۹). *Call* و *Khoury* در سال ۱۹۹۱ در مطالعه‌ای میزان تکمیل بودن تشخیص نهایی در پرونده بیماران را ۵۱٪ و در حد متوسط بیان کرده است (۱۰). *Sullivan* و *Wilson* در سال ۱۹۹۵ در پژوهشی نشان دادند که تشخیص‌ها در حد ضعیف و تنها در ٤۹٪ موارد کامل بوده‌اند (۱۱). یافته‌های مذکور با یافته‌های این پژوهش همخوانی ندارند. به نظر می‌رسد مطلوب بودن میزان رعایت استانداردهای تشخیص‌نویسی و اقدامات پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان نسبت به مطالعات خارجی می‌تواند ناشی از آموزش مناسب دانشجویان پزشکی این دانشگاه در حد استانداردهای جهانی باشد و این خود می‌تواند ناشی از تبعیت مراکز درمانی از دانشگاههای علوم پزشکی باشد که علی‌رغم انتقاداتی که به آن می‌شود یکی از نقاط قوت آن در آموزش عملی به حساب می‌آید. هم‌چنین در مقایسه با دانشگاه علوم پزشکی کرمان، می‌تواند حاکی از کیفیت مناسب‌تر آموزش و نظارت بر پرونده‌نویسی در این دانشگاه باشد. کامل و صحیح بودن اقدامات و تشخیص‌های ثبت شده در پرونده بالینی بیمار برای بالا بردن کیفیت مراقبت بیمار، آموزش، تحقیق و دفاع از بیمارستان ضروری است (۱۲). تا عبارت تشخیصی به نحو کامل توسط پزشک ثبت نگردد نمی‌توان به درستی تشخیص بیماری را کدگذاری کرد (۱۳). بنابراین اگر عمل کدگذاری بیماری‌ها را فاقد اشتباه فرض کنیم، می‌توان اطلاعات و آمار بیماری‌های استخراجی از تشخیص‌های پرونده‌های بالینی را به میزان ۸۷٪ قابل اطمینان دانست. دلایل متعددی می‌تواند در این روند نقش داشته باشد که به نظر می‌رسد مهم‌ترین آن تشکیل شورایعالی مدارک پزشکی در حوزه ریاست محترم دانشگاه و تشکیل کمیته‌های مدارک پزشکی بیمارستان‌ها به عنوان زیرمجموعه شورایعالی است و سپس ارزیابی مداوم و سالانه پرونده‌های پزشکی توسط شورایعالی مدارک پزشکی و برگزاری

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

کارگاه‌های آموزشی مستمر جهت افزایش آگاهی پزشکان در این خصوص و آموزشی بودن بخش مدارک پزشکی از دیگر دلایل آن است که تمامی این اقدامات از ابتدای سال ۱۳۷۶ تاکنون برای اولین بار در کشور در این دانشگاه اجرا شده است. با توجه به اینکه روند مذکور یک روند تدریجی و طولانی مدت بوده پیشنهاد می‌گردد جهت تقویت روند فوق، علاوه بر ادامه فعالیت‌های فعلی، آموزش اصول پرونده‌نویسی جزو آموزش‌های آکادمیک دانشجویان پزشکی درآید و شورایعالی مدارک پزشکی در تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی و حتی در سطح وزارتخانه تشکیل گردد.

یافته‌ها نشان می‌دهد که رعایت اصول ثبت علل خارجی حوادث در حد متوسط (۶۵٪) است و ثبت محل وقوع حادثه کمترین میزان (۳٪) را داشته است. بر اساس تحقیق *Schwartz* در سال ۱۹۹۵، محل وقوع حادثه به میزان ۱۴٪ ثبت شده است (۸). مستند سازی اطلاعات بیماران اورژانسی در آمبولانس، منزل بیمار، محل کار، محل حادثه و هر محل دیگری آغاز می‌شود. به هنگام ورود بیمار به بخش اورژانس، یک رونوشت از گزارش آمبولانس می‌تواند به پرونده اورژانس بیمار ضمیمه شود یا داده‌های آن برای الحاق به گزارش بخش اورژانس بیمارستان خلاصه‌برداری شود. اغلب گفته می‌شود که یک پرونده کافی و غنی دلالت بر مراقبت کافی دارد و بر عکس یک پرونده پزشکی ناقص دلالت بر مراقبت ناکافی دارد (۱۴). احتمال دارد نامطلوب بودن اطلاعات ثبت شده در خصوص علل خارجی حوادث، به دلیل نامناسب بودن کیفیت مراقبت درمانی بخش اورژانس باشد.

از طرفی به نظر می‌رسد نبود مکانیسم دقیق جهت ثبت اطلاعات کامل از محل وقوع حادثه تا زمان انتقال بیمار به بخش اورژانس بیمارستان و انتقال این اطلاعات به پرونده پزشکی بیمارستانی بیمار موجب گردیده تا ثبت علل خارجی حوادث علی‌الخصوص ثبت محل وقوع حادثه از میزان پایینی برخوردار باشد. در طرح ساماندهی اورژانس کشور، توجه به این نکته لازم به نظر می‌رسد و توصیه می‌شود مکانیسمی جهت ثبت دقیق اطلاعات بیماران اورژانسی طراحی گردد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، بیمارستان متینی علیرغم وجود رزیدنت در رعایت اصول تشخیص‌نویسی بیشترین میزان را داشته است (۹۲٪) و در ثبت اقدامات پزشکی نیز با ۸۱/۱ درصد رتبه دوم را کسب کرده است. بیمارستان شهید بهشتی نیز دارای رزیدنت می‌باشد و در رعایت اصول تشخیص‌نویسی با ۸۸/۸ درصد رتبه دوم و ثبت اقدامات پزشکی با ۹۳/۵ درصد رتبه اول را کسب کرده است. بنابراین نمی‌توان با قاطعیت قضاوت کرد که وجود یا عدم وجود رزیدنت در میزان رعایت اصول تشخیص‌نویسی مؤثر بوده است. از طرفی بیمارستان نقوی در هر دو مورد نسبت به سایر مراکز درمانی میزان کمتری را کسب کرده است. بنابراین به نظر می‌رسد در مجموع، پزشکان گروه جراحی تخصصی، دقت و توجه کمتری به ثبت جزئیات تشخیصی دارند. در خصوص ثبت علل خارجی حوادث، بیمارستان متینی با کسب ۵۰٪ امتیاز نسبت به سایر مراکز درمانی از وضعیت خوبی برخوردار نبوده است. به نظر می‌رسد دقت کمتر اینترنهای بخش اورژانس متینی دلیل اصلی این امر باشد. توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی آگاهی لازم به اینترنها داده شود.

باز یا بسته بودن شکستگی و شکل شکستگی با ۷٪ کمترین میزان رعایت اصول ثبت تشخیص‌ها

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

را داشته است که در این خصوص آموزش بیشتر توصیه می‌شود.

این مطالعه نشان داد که جراحان در ثبت اقدامات پزشکی به میزان ۴۰٪ از اختصارات استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد به دلیل حجم کاری زیاد آنان و جهت صرفه‌جویی در زمان ثبت اطلاعات، جراحان ترجیح می‌دهند از اختصارات استفاده کنند. سیاست اداری انجمن بیمارستان‌های آمریکا بیان می‌کند که اختصارات باید به طور کلی از اغلب قسمتهای حیاتی پرونده پزشکی مثل تشخیص نهایی و شرح اقدامات حذف شوند. این سیاست به آن دلیل اعمال می‌شود که اغلب یک اختصار با معانی مختلفی تعبیر می‌شود (۱۵). با این وجود، تعیین اختصارات استاندارد متناسب با استانداردهای بین‌المللی و نیازهای داخلی، لازم و ضروری است و این اختصارات جهت استفاده مقتضی و هماهنگ باید توسط مراجع ذیصلاح تهیه و در اختیار همه پزشکان قرار گیرد تا از ثبت سلیقه‌ای و غیر استاندارد خودداری گردد.

تقدیر و تشکر

در خاتمه از زحمات همکاران گرامی جناب آقای سیدغلامعباس موسوی و جناب آقای دکتر سید احمد خلیفه سلطانی قدردانی می‌شود. هم‌چنین از زحمات کارشناسان مدارک پزشکی آقای مصطفی رضایی و خانم‌ها مریم حسینی، آزاده شانه‌ساز و رضوان جان‌نثاری که محققین را در جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند تشکر می‌شود.

References:

۱- مرادی غ. بررسی میزان کاربرد مدارک پزشکی در تحقیقات بالینی در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۷۳ .پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۷۳.

۲- محرابی ن. مقایسه عملکرد پزشکان و پرستاران در تکمیل پرونده بیماران بستری در بیمارستانهای عمومی آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.

۳- ممتاز ص. بررسی میزان رعایت استانداردها در واحد مدارک پزشکی بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۱۳۷۲ ،پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. سال ۱۳۷۲.

۴- صدوقی ف،احمدی م. کدگذاری بیماریها *ICD-10*. چاپ اول. تهران: انتشارات زرین. بهار ۱۳۷۵: ۱۸۱-۱.

۵- قاضی سعیدی م. بررسی فعالیتهای بخش مدارک پزشکی بیمارستانهای تهران در سال ۱۳۷۳. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی ایران. سال ۱۳۷۳.

6- Iwanga SK, et al. Teaching Health Statistics. WHO. Geneva .1986 :173.

۷- احمدزاده ف. بررسی میزان تکمیل مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۷۷.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]

8- Schwartz RJ, Boisoneau D, Jacobs LM. The quantity of cause-of-injury information documented on the medical record: an appeal for injury prevention. Acad Emerg Med. 1995;2(2):98-103.

۹- آریایی م. بررسی محتویات مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان، سه ماهه اول سال ۱۳۷۷. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران،۱۳۷۷.

10- Calle EE, Khoury MJ. Completeness of the discharge diagnoses as a measure of birth defects recorded in the hospital birth record. Am J Epidemiol. 1991;134(1):69-77.
11- Sullivan F, Wilson P. The completeness and accuracy of patient record transfer between practices.Health Bull (Edinb). 1997; 55(1): 16-9.
12- http://www.eicd.com/Guidelines/AdditionalDx.htm,accessed2002 .

۱۳- حسینی ا س. اصول تشخیص نویسی. وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی ،معاونت پژوهشی؛ ۱۳۷۹: ۵۰.

14- Huffman E. Health Information Management .Company Berwyn , 1994 : 57-106.
15-. http://hirs.mc.euke.edu/recserv.nsf/263f6bebe26d55c8852667b00622163/3,accessed2002.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-02-08]