

وضعیت ثبت داده در پرونده‌ی بیماران بستری مبتلا به سل در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر*

سیده شهربانو رشیدا^۱، آذر کبیرزاده^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هسته‌ی اصلی نظام اطلاعات سلامت در بیمارستان در گرو مدارک پزشکی است. بنابراین ثبت دقیق، درست و نگهداری اطلاعات و آمار بیماران مبتلا می‌تواند از جمله فعالیت‌هایی باشد که به افزایش تشخیص به موقع و درمان مؤثر بیماری‌ها در هر کشوری انجامیده و باید در استراتژی‌های برنامه‌ی کنترل آن‌ها، گنجانده شود. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین وضعیت ثبت داده در پرونده‌های بیماران بستری مبتلا به سل در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش بررسی: این تحقیق، توصیفی از نوع داده‌های موجود ثبت شده در پرونده‌ی بیماران است. جامعه‌ی پژوهش، کل پرونده‌های بیماران بستری مبتلا به سل در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر در سال ۱۳۸۹ به تعداد ۶۶ بیمار بود که با استفاده از چک لیست، مستندات برگه‌های پذیرش، خلاصه‌ی پرونده، شرح حال، سیر بیماری، دستورات پزشک، گزارش پاتولوژی، رادیولوژی و آزمایشگاهی بررسی گردید. چک لیست دارای روایی صوری بر اساس عناصر داده‌ای موجود در پرونده‌ها بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در سال ۱۳۸۹ از تعداد ۶۶ پرونده‌ی بیماران مبتلا به سل در برگ پذیرش، در قسمت تشخیص نهایی، در ۲۵ مورد (۳۷/۸ درصد) تشخیصی ثبت نشد و در ۷ مورد (۱۰/۶ درصد) نیز عبارات دیگر مانند BK+ ثبت شده بود. در قسمت اقدام در هیچ یک از پرونده‌ها اقدامی ثبت نشده است (صفر درصد) در حالی که اوراقی مانند شرح عمل، گزارش رادیولوژی، سونوگرافی و ... گویای انجام اعمال تشخیصی و درمانی مانند ۵ مورد برونکوسکوپی، ۴ مورد آندوسکوپی و بیوپسی، ۲۲ مورد سی‌تی‌اسکن از ریه، انتیوبه، دیالیز و ... می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تلاش‌هایی که در زمینه‌ی تقویت ثبت داده‌های بیماران سرپایی و بستری و در راستای نیازهای طبقه‌بندی بیماری‌ها صورت گرفته است، هنوز مشکلاتی وجود دارد که با توجه به آموزشی بودن مرکز فوق لازم است برای پزشکان برنامه‌های آموزشی لازم در جهت نحوه‌ی ثبت پرونده پیش‌بینی شود.

واژه‌های کلیدی: سل؛ مستندسازی؛ مدارک پزشکی؛ ثبت؛ اطلاعات

پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۲۷

اصلاح نهایی: ۹۱/۸/۱۷

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۸

ارجاع: رشیدا سیده شهربانو، کبیرزاده آذر. وضعیت ثبت داده در پرونده‌ی بیماران بستری مبتلا به سل در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۶): ۷۹۱-۷۸۶.

* این مقاله حاصل بررسی محققین از پرونده‌ی بیماران مبتلا به سل جهت رایه در همایش کشوری بیماری سل که در تاریخ ۱۴ و ۱۵ مهر ماه سال ۱۳۹۰ در دانشگاه علوم پزشکی مازندران - ساری برگزار گردید، می‌باشد و به صورت پوستر رایه شد.

- ۱- کارشناس، مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)
- ۲- کارشناس ارشد، مربی، مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران مازندران، ایران

مقدمه

هسته‌ی اصلی نظام اطلاعات سلامت در بیمارستان در گرو مدارک پزشکی است. به عنوان یک ابزار ارتباطی بین مراقبین سلامت، مدارک پزشکی با مستندسازی دقیق، برای مراقبت بالینی مؤثر ضروری است (۱). نظام بهداشتی و درمانی هر کشوری زمانی توانمند است که بتواند در حد مقدمات

درمانی رازی قائمشهر در سال ۱۳۸۹ انجام شد. به نظر می‌رسد بتوان ارزیابی دقیق‌تری از وضعیت ثبت داده‌ها به عمل آورد و از این طریق ضمن مشخص کردن کاستی‌ها نسبت به تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب، جهت رفع آن اقدام نمود.

روش بررسی

این تحقیق توصیفی از نوع داده‌های موجود ثبت شده در پرونده‌ی بیماران بود. جامعه‌ی پژوهش کل پرونده‌های بیماران بستری مبتلا به سل در مرکز آموزشی درمانی رازی قائمشهر در سال ۱۳۸۹ به تعداد ۶۶ بیمار بود، که با استفاده از ۴ چک لیست، شامل چک لیست نحوه‌ی ثبت اطلاعات هویتی و درمانی در برگه‌ی پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص، چک لیست دوم مربوط به داده‌های فرم خلاصه‌ی پرونده، چک لیست سوم مربوط به داده‌های فرم شرح حال، چک لیست چهارم مربوط به داده‌های فرم‌های سیر بیماری، دستورات پزشک، گزارش رادیولوژی، پاتولوژی و آزمایشات بود. روش بررسی به صورت کمی و در غالب ثبت یا عدم ثبت در مقابل عناصر اطلاعاتی خواسته شده در فرم‌ها بود. چک لیست‌ها دارای روایی صوری بر مبنای عناصر داده‌ای موجود در پرونده بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها

طی سال ۱۳۸۹، تعداد ۶۶ بیمار مبتلا به سل از بیمارستان مرخص شدند. در فرم پذیرش و خلاصه‌ی ترخیص و برگ خلاصه‌ی پرونده، مذهب، شغل، محل کار ثبت نشده بود (صفر درصد) (در فرم شرح حال در بعضی موارد اشاره به شغل یا محل کار بیمار شده بود). در مورد اطلاعات درمانی در قسمت تشخیص اولیه ۵۸ مورد (۸۷/۸ درصد) ثبت و ۸ مورد (۱۲/۱ درصد) عدم ثبت دیده شد. در قسمت تشخیص نهایی، ۳۴ مورد (۵۱/۵ درصد) تشخیص Pulmonary TB ثبت، ۲۵ مورد (۳۷/۸ درصد) تشخیصی ثبت نشده و در ۷ مورد (۱۰/۶ درصد) عبارات دیگر مانند BK+ ثبت شده بود. در

توسعه‌ی ملی، از وقوع بیماری و مرگ‌های قابل پیش‌گیری جلوگیری نماید. نقش این نظام در چنین پیش‌گیری‌هایی به صورت ثبت رخداد، جمع‌آوری داده، محاسبه‌ی شاخص، مقایسه با استانداردها و در نهایت بازخورد این اطلاعات برای بهره‌گیری در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های استراتژیک کشوری است (۲). اطلاعات، پایه‌ای برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بوده و هیچ سازمانی نمی‌تواند بدون مدارک کافی رشد و پیشرفت کند. هر جامعه‌ای که بیشتر و بهتر قادر به کاربرد اطلاعات باشد، موفق‌تر خواهد بود (۳). بروز بیماری، سیر آن، درمان‌های صورت گرفته، عوارض، معلولیت‌های پیش آمده و بالاخره وقوع مرگ و علت‌های آن به خصوص علت زمینه‌ای مرگ می‌تواند به عنوان مهم‌ترین اطلاعات در اصلاح برنامه‌ها هم در بخش بهداشتی و درمانی و هم سایر بخش‌های کشوری به شمار آید (۲). هنگام ثبت گزارش‌های بیمارستانی به خصوص در مورد حوادث یا سوانح در پرونده‌ی پزشکی بیماران که در واقع اهرم دفاعی مستندسازان آن در مراجع قانونی به شمار می‌رود، باید دقت و توجه خاصی صورت گیرد (۴). چنانچه داده‌ها در یک پرونده‌ی کاغذی به طور نادرست ثبت شود آنگاه هنگام مطالعه‌ی پرونده، بازیابی آن نیز با مشکل مواجه خواهد شد (۵). همچنین از جمله عواملی که در طرح دعوی، پزشک نتوانسته از خود دفاع کند، عدم تکمیل پرونده‌ی بیمار بوده است. بیماری سل نیز به دلیل عوارض و درمان طولانی مدت و همچنین هزینه‌های بالای مراقبت از بیمار از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در زمینه‌ی ثبت داده در پرونده، مطالعاتی انجام شده است. در مطالعه‌ی کاهویی و همکاران، اشاره شد که ۴۰ درصد دستیاران از جنبه‌های قانونی مستندسازی اطلاع دارند (۶). در مطالعه‌ی کیوان آرا و همکاران، ۵۱/۱ درصد گواهی‌های فوت در مراکز آموزشی درمانی و ۲۴ درصد در مراکز غیر آموزشی دارای کیفیت ثبت بودند (۷). در مطالعه‌ی علیگلبندی و همکاران، قید شد در ۲۹ درصد پرونده‌ها اطلاعات سابقه‌ی بیماری و ۴۵ درصد سابقه‌ی فامیلی و ۴۷ درصد عادات دارویی ثبت نشده است (۱). این مطالعه با هدف تعیین میزان کمی ثبت در پرونده‌ی بیماران بستری مبتلا به سل در مرکز آموزشی

اوراق مورد بررسی دارای مهر و امضای مستندسازان بودند.

بحث

با توجه به این که بیمارستان رازی قائمشهر یک بیمارستان آموزشی است و غالب مستندات، توسط دانشجویان پزشکی ثبت می‌شود، بنابراین لازم است پزشکان مسؤول درمان، به ثبت، صحت و دقت مستندات نظارت داشته باشند. آریایی و همکاران، در مطالعه‌ی خود نتیجه گرفتند که از نظر ثبت اطلاعاتی، هیچ یک از ۱۸ فرم استاندارد پرونده‌ی پزشکی در واحدهای مورد پژوهش به طور ۱۰۰ درصد تکمیل نشدند (۲). مطالعه‌ی رنگرز جدی و همکاران، نشان داد که از ۵۴۰ پرونده‌ی مورد بررسی میزان عدم ثبت اطلاعات پذیرش، ۱۷ درصد، پرستار ۱۱ درصد و پزشک ۱۷ درصد ثبت شده بود و در مجموع میزان ثبت اطلاعات در پرونده‌ی اوژانس در بیمارستان‌های شهر کاشان ۸۵ درصد، با وضعیت نسبتاً مطلوب گزارش شده بود (۸). در مطالعه‌ی محرابی و همکاران، مشخص گردید ۳۱/۳ درصد از پرونده‌ها فاقد تشخیص نهایی بودند (۹). در نتایج تحقیق ستاره و همکاران، میانگین درصد فراوانی ثبت داده‌های بالینی توسط پزشک، در برگ شرح حال به صورت تاریخچه‌ی بیماری فعلی ۹۰ درصد، تاریخچه‌ی بیماری قبلی ۷۸ درصد، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادها ۵۰ درصد، حساسیت ۲۹ درصد، تشخیص اولیه ۱۹ درصد، سوابق فامیلی ۲۵ درصد، خلاصه‌ی مشاهدات ۴۳ درصد، معاینات بدنی و بررسی اولیه ۴۳ درصد، امضای پزشک معاینه کننده ۴ درصد، گزارش شده است (۳). نتایج بررسی حاضر نیز حاکی از عدم ثبت تشخیص نهایی در ۳۷/۸ درصد موارد می‌باشد. با وجود تلاش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی تقویت ثبت اطلاعات بیماران بستری و کدگذاری تشخیص نهایی، مبتنی بر ICD (International classification of disease) هنوز مشکلات زیادی در ثبت این گونه داده‌ها وجود دارد و بیانگر نیاز به توجه و اهتمام بیشتر مسؤولین، پزشکان و کارشناسان به این امر می‌باشد. در مطالعه‌ی بالاغفاری و همکاران، نتایج نشان داد که ۶۵/۷ درصد از دانشجویان پزشکی اعتقاد داشتند که مسؤولیت پرونده‌نویسی به عهده‌ی پزشک معالج است.

قسمت اقدامات انجام شده با، در هیچ یک از پرونده‌ها اقدامی ثبت نشده بود (صفر درصد)، در حالی که اوراقی مانند شرح عمل، گزارش رادیولوژی، سونوگرافی و ... در پرونده، گویای انجام اعمال تشخیصی و درمانی متعدد مانند ۵ مورد برونکوسکوپی، ۴ مورد آندوسکوپی و بیوپسی، ۲۴ مورد سونوگرافی شکم و لگن، ۲۲ مورد سی‌تی‌اسکن از ریه، ۲۵ مورد CXR (Chest X-Ray)، ۲ مورد اکوکاردیوگرافی، تعبیه Chest tube، سونوگرافی قفسه‌ی سینه، کولونوسکوپی و بیوپسی سکوم، انتیوبه، CT brain، دیالیز، MRI ستون فقرات، شالدون گذاری، کشیدن مایع پلور و بیوپسی، بیوپسی از فیستول سینه‌ای (ناشی از عمل جراحی قبلی)، هر کدام یک مورد، ثبت شده بود. یافته‌های برگ شرح حال، نشان می‌دهد که عناصر اطلاعاتی نشانه‌های فعلی، تاریخچه‌ی بیماری فعلی، داروهای در حال مصرف، اعتیادها، حساسیت‌ها، سوابق فامیلی و معاینات بدنی در ۶۵ پرونده ثبت و یک مورد عدم ثبت، که توسط پزشک معالج تکمیل شد که فقط در برگه‌ی شرح حال معاینات مختصری درج نموده بود. البته از ۶۵ مورد ثبت شده که توسط انترن پر شد، ناخوانایی و بد خطی، بد ثبتی و ثبت نا بجا، تناقض در ثبت، از موارد مهم و قابل تأمل بود. در مورد عنصر، خلاصه‌ی شرح حال در پشت برگ شرح حال، ۱۸ مورد (۲۷/۲ درصد) و تشخیص اولیه‌ی ۱۴ پرونده (۲۱ درصد) ثبت نشده بود. نتایج به دست آمده از نحوه‌ی ثبت در برگ سیر بیماری نشان داد که ۴۲ مورد از ۶۶ پرونده ناقص پر شده بود، چرا که به طور مثال برای بیمارانی که ۶ و ۷ یا ۱۳ روز در بخش بستری بودند فقط یک بار سیر بیماری تکمیل شده است. در بررسی برگ دستورات پزشک مشخص شد در ۴۴ پرونده، از بین دستورات پزشک از ۳ تا ۱۴ مورد فاقد ثبت ساعت دستورات بودند یعنی پزشک زمان ثبت دستورات کتبی، شفاهی یا تلفنی خود را ثبت نکرده بود. برگه‌های گزارش رادیولوژی، سی‌تی‌اسکن، پاتولوژی و آزمایشگاه، به دلیل چاپ در سیستم کامپیوتری و استفاده از برنامه‌ی نرم‌افزاری مدیریت اطلاعات بیمارستانی مانند HIS (Hospital information system) توسط واحد مربوطه، مشکلی از نظر ثبت یا عدم ثبت نداشتند. در مورد تأییدات، همه

و لازم است پزشکان هر بیمارستان کنترل کمی لازم بر ثبت مستندات را داشته و اصول مستندسازی را رعایت نمایند. در مورد تعداد ثبت سیر بیماری، باید حداقل به تعداد روزهای بستری بیمار یا بیشتر باشد. در مطالعه‌ی حاضر ۶۳ درصد پرونده‌ها دارای نقص در تعداد ثبت سیر بیماری بودند. عدم ثبت ساعت و تاریخ در کنار دستورات نیز حاکی از نقص ۶۷ درصدی دستورات پزشک دارد و لازم است پزشکان در هنگام ثبت کلیه‌ی دستوراتی که چه به صورت کتبی، شفاهی یا تلفنی صادر نموده‌اند، ساعت ثبت فعلی خود را یادداشت نمایند.

نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی کلی متذکر می‌گردد که بررسی فعلی در مسیر کمی اوراق و مستندات اوراق اصلی و مخصوص موجود در پرونده‌ی بیماران مبتلا به سل بوده است و سعی شد که هیچ‌گونه بررسی کیفی صورت نگیرد. همچنین از آنجایی که طبقه‌بندی و کدگذاری تشخیص‌ها در مدارک پزشکی بر اساس تشخیص نهایی است، تا تشخیصی به نحو کامل توسط پزشک ثبت نگردد، نمی‌توان به درستی تشخیص بیماری‌ها و اقدامات را کدگذاری نمود تا در پژوهش و آموزش پزشکی و پیراپزشکی و استخراج آمارهای بیمارستانی و درمانی از آن استفاده نمود. با توجه به تلاش‌هایی که در زمینه‌ی تقویت ثبت اطلاعات بیماران سرپایی و بستری در زمینه‌ی تشخیص‌نویسی صحیح مبتنی بر نیازهای طبقه‌بندی بیماری‌ها صورت گرفته است، هنوز مشکلاتی وجود دارد که با توجه به آموزشی بودن مرکز فوق لازم است تا برنامه‌های آموزشی برای پزشکان محترم، دانشجویان و کارکنان مدارک پزشکی گنجانده و برای بهبود وضعیت دقت و نظارت کافی در قالب ارزیابی دوره‌ای به عمل آورده و در پنل‌های عمومی پزشکی موارد را مورد بحث قرار دهند.

همچنین ۴۹/۳ درصد اظهار داشتند، نباید پرونده‌نویسی را به منشی‌های بخش‌ها و یا کارکنان مدارک پزشکی واگذار نمود؛ چرا که این افراد در درمان بیمار نقشی ندارند و ۶۸/۱ درصد عقیده داشتند که تکمیل کردن پرونده‌ی بیمار از وظایف پزشک در روند درمان است (۱۰). از بین پرونده‌های مورد مطالعه‌ی حاضر ۶۵ پرونده ثبت و یک مورد عدم ثبت، که متأسفانه توسط پزشک معالج ثبت و فقط در برگه شرح حال معاینات مختصری درج شده بود، ۶۵ مورد ثبت شده که توسط انترن پر شده بود، ناخوانایی و بد خطی، بد ثبتي و نابجا ثبت شدگی و تناقض در ثبت از موارد مهم و قابل تأمل بود. به طور کلی همه‌ی اوراق مورد مطالعه در این تحقیق دارای مهر و امضای پزشکان (۱۰۰ درصد) بودند که به نظر می‌رسد به دلیل ارزیابی‌هایی که در سال‌های اخیر جهت ارزشیابی و درجه‌بندی بیمارستان‌ها صورت می‌گیرد و کنترلی که بخش مدارک پزشکی به طور مستمر بر عملکرد مسؤولین و منشی‌های بخش‌ها انجام می‌دهند باشد، مشاهده می‌شود کلیه‌ی اوراق حتی در موارد نقص در ثبت، دارای تأییدات لازم (مهر و امضا) بودند. بنابراین لازم است که کنترل کیفی نیز به همراه کنترل کمی پرونده‌ها با نظارت و پشتیبانی معاونت درمان دانشگاه، انجام گیرد، چرا که کامل و صحیح بودن اطلاعات پرونده، به خصوص اقدامات و تشخیص‌های ثبت شده در پرونده‌ی بالینی بیمار، برای بالا بردن کیفیت مراقبت بیمار، آموزش، تحقیق و دفاع از بیمارستان ضروری است. در تحقیق انجام شده توسط فرزندی پور و عاصف زاده، رعایت تشخیص‌نویسی را به میزان ۸۷ درصد و اصول ثبت اقدامات پزشکی را به میزان ۷۷ درصد در حد مطلوب گزارش کرده‌اند (۱۱). در تحقیق حاضر میزان ثبت تشخیص نهایی ۵۱/۵ درصد و میزان ثبت اقدام، صفر درصد به دست آمد، که در مقایسه با استاندارد آن (۱۰۰ درصد) در حد مطلوب نمی‌باشد.

References

1. Aligolbandi K, Bala Ghafari A, Siamian H, Rashida S-Sh. Documentation of diabetic patients records at the educational hospitals of Sari, Iran. J Mazandaran Univ Med Sci 2010; 20(76): 69-76. [In Persian].
2. Ariaee M, Dortaj A, Naderi N, Ebrahimi R. Agreement of cause of death between death certificate and medical record in teaching hospital of Kerman. Payesh 2011; 10(2): 137-67. [In Persian].

3. Setareh M, Bagherian Mahmood Abadi H, Amini F, Rafati Fard E, Arjomand Kia A. A study on the frequency of medical history sheet, operation report sheet and physician order sheet completeness by different documentaries in Isfahan teaching hospitals, 2007-8. *Sci J Forensic Med* 2009; 15(4): 244-51. [In Persian].
4. Kabirzadeh A, Mohseni Saravi B. Documentation of unidentified patient. *J Med Counc I R Iran* 2006; 24(4): 423-28. [In Persian].
5. Moghadassi H. Health data processing. Tehran, Iran: Publications Word Processor; 2008. p. 30-4. [In Persian].
6. Kahouei M, Sadoughi F, Askari Majd Abadi HA. Medical assistants and students' knowledge and practice rate of Semnan Medical Sciences University regarding documentation of cares provided to patient from medicolegal aspect. *Sci J Forensic Med* 2007; 13(2): 92-7. [In Persian].
7. Keyvanara M, Zardoeigolanbar Sh, Karimi S, Saghaeiannejad Isfahani S. The Quality of Death Certificates Record in the Educational and non-Educational Hospitals in Kermanshah. *Health Inf Manage* 2011; 8(1): 23-32. [In Persian].
8. Rangraz Jeddi F, Farzandipour M, Mousavi S. Completion rate of data information in emergency record in Kashan's hospitals. *Feyz* 2004; 8(3): 68-73. [In Persian].
9. Mehrabi Y, Derayeh S, Minavand B, Mohammad Hossein T. Evaluation of information registration hospitalized patients in hospitals of Iran in 2002. *South Med J* 2003; 5: 46. [In Persian].
10. Balaghafari A, Aligolbandi K, Siamian H, Zakizadeh M, Kahoiee M, Yazdani Charati J, et al. Knowledge, Attitude and performance of medical students about medical documentation in teaching hospitals of Sari:2004. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2004; 15(49): 73-80. [In Persian].
11. Farzadipour M, Asefzadeh S. Surveying the principle of diagnosis recording in patients' medical records of Kashan hospitals in 2002. *FEYZ* 2004; 8(3): 36-44. [In Persian].



Data Documentation in Patients with Tuberculosis in Razi Hospital of Ghaemshahr, Iran*

Sayede-Shahrebano Rashida¹, Azar Kabirzadeh MSc²

Original Article

Abstract

Introduction: The health information system of hospitals depends on their medical records. Therefore, the detailed documentation, and maintenance of patient records can lead to timely diagnosis and effective treatment of diseases in any country, and should be included in the strategic program for disease control. This study aimed to determine the status of the documentation of tuberculosis patients in Razi Hospital of Ghaemshahr in 2010.

Methods: This research is a description of the existing data in patient records. The study population consisted of all records of hospitalized tuberculosis patients in 2010 in the Razi Hospital of Ghaemshahr. The 66 patients were studied by using checklist, admission documents, papers, briefs, history, course of illness, prescriptions, and pathology, radiology, and laboratory reports. The checklist had formal validity based on data elements in the records. Data were analyzed by SPSS for Windows (version 16).

Results: The results showed that from a total of 66 records of patients with tuberculosis, in the admission document and the final diagnosis in 25 cases (8.37%) the diagnosis was not stated and in 7 cases (6.10%) phrases such as BK+ were recorded. No action was recorded in the measures section of any of the records (0%). However, documents such as surgery, radiology, and ultrasound reports show that diagnostic and therapeutic procedures, such as 5 cases of bronchoscopy, 4 cases of endoscopies and biopsies, 22 cases of CT scan of the lungs, intubation, dialysis and etcetera, have been undertaken.

Conclusion: Much effort has been devoted to improving documentation of outpatients' and inpatients' data, and to classification of diseases. However, many problems still exist in this respect. This was a teaching hospital; therefore, training physicians on data documentation is a necessity.

Keywords: Tuberculosis; Documentation; Medical Records; Record; Information

Received: 28 Jan, 2012

Accepted: 17 Nov, 2012

Citation: Rashida S-Sh, Kabirzadeh A. **Data Documentation in Patients with Tuberculosis in Razi Hospital of Ghaemshahr, Iran.** Health Information Management 2013; 9(6): 791.

This study was the result of research on patients with tuberculosis and presented as a poster in the National Tuberculosis Seminar (October 2011) in Mazandaran University of Medical Sciences (Sari, Iran).

1- Medical Records and Health Information Technology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (Corresponding Author) Email: mina_rashida@yahoo.com

2- Lecturer, Medical Records and Health Information Technology, Faculty Member, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran