

# SAĞLIK HİZMETLERİ MYO



## TIBBİ DOKÜMANTASYON VE SEKRETERLİK PROGRAMI

*TDS123-Tıbbi Dokümantasyon ve Arşiv-I*

*Öğr. Gör. Aysel Arslan*

# Sağlık Kayıtlarının Yapısı

*TDS123-Tıbbi Dokümantasyon  
ve Arşiv-I*

*Hafta-4*



# HASTA DOSYASI

Hastanın yaşı , tıbbi geçmişi ile ilgili olan bilgiler, en son hastalığı ve tedavi şekli ile ilgili verilerin tam ve eksiksiz olarak tutulması işlemine **tıbbi kayıt** adı verilmektedir.

**Hasta kaydı** hastanın tıbbi ve idari bütün işlemlerinin kayıt altına alınması hasta kaydı kavramını oluşturmaktadır. Bu kayıtlardan biriside hasta dosyalarıdır.



## Hasta kayıtları

1. Birincil
2. İkincil hasta kaydı olarak iki şekildedir.

Birincil hasta kaydı sağlık bakım profesyonellerince doldurulur. Örneğin hasta yatarken yapılan tüm gözlemler, işlemler ve veriler kayıt altına alınır.

İkincil hasta kaydı ise: Birincil kayıtlardan türetilmiştir ve klinik olmayan kullanıcılara (örneğin, hasta bakımına doğrudan katılmayan kişiler) destekleme, değerlendirme ve iyileştirme çalışmalarında yardımcı olmayı amaçlayan seçilmiş veri elemanlarını içerir. Örneğin ödeme işlevleri; hasta bakım değerlendirilmesi kalite güvenliği, kullanım incelemesi gibi kayıtlar.

Bir hasta kayıt sistemi genellikle sağlık bakım ortamında oluşturulur.



# SAĞLIK KAYITLARININ YAPILARI

Hasta kayıtlarının yapılarını tıbbi gelişmelere paralel olarak; **kullandığımız metoda göre**; kaynağa yönelik tıbbi kayıtlar, probleme yönelik tıbbi kayıtlar olarak ikiye ayırıyoruz , **kullanılan malzemeye göre** ise kağıda dayalı tıbbi kayıt ve elektronik hasta kaydı olarak yapılandırıyoruz.

## 1)Metoda Göre

### -Kaynağa Yönelik Tıbbi Kayıtlar

Geleneksel kayıt sisteminde bilgiler kaynağa göre dosyalanır. Laboratuvar bulguları,EKG,konsültasyonlar,hekim notları,hemşire notları hepsi ayrı bölümler halinde dosyada bulunur.

Bu şekilde birikmiş bilgiler bir çeşit günlüğü andırmaktadır ve sürekli hasta bakımında pek kıymeti yoktur. Kaynağa dayalı kayıt sisteminde kayıtları tutmak kolaydır.Bu şekilde hazırlanmış bir dosyayı incelemek ve fikir edinmek veya belirli bir hastalığın seyrini anlamaya çalışmak ise zaman alıcı ve zordur.



Hemşirelere ayrılan bölüme ait kayıtlar "ters tarihsel sıraya göre" düzenlenir. Böylece en son bilginin en önde ve en eski bilgi bölümünün en arkasında olması sağlanır.

Hastanın taburcu edilmesi üzerine kayıtlar, tarih sırasına göre tekrar düzenlenir.

Bölmelere göre düzenlenen kayıtlar kullanılarak her bir birimin verdiği tedaviler, gözlemler, yaptığı değerlendirmeleri elde etmek daha kolay olmaktadır. Bu düzenleme, geleneksel bir format olduğundan birçok sağlık çalışanı tarafından bilinen ve alışılmış bir sistemdir.



## -Probleme Yönelik Tıbbi Kayıtlar

Probleme yönelik tıbbi kayıt yaklaşımı 1960 yılında Lawrence L. Weed tarafından, hasta kayıtlarının düzenlenmesi ve standardizasyonunu sağlamak ve bakım vericinin yaklaşımını, hasta hakkında ne düşündüğünü daha iyi yansıtabilmek amacıyla geliştirilmiştir.

Probleme yönelik tıbbi kayıt yöntemi, hastanın tedavisini yürüten hekim hakkında değerlendirme yapılabilecek, mantıki düşünmeyi yansıtan sistematik bir dokümantasyon yöntemidir. Bu yöntemde hekim her problemi ayrı ayrı tanımlar, takip eder ve çözümlerini düzenler.

Sistem tüm sağlık çalışanlarının (hekim, asistan, tıp öğrencisi, hemşire, teknisyen vb.) hasta ile ilgili davranışlarında gerçeklere dayanan sağlam bir mantık, analiz ve düşünme tarzı kullanmalarını öngörür.

Bu sistemin yapısı, herkesin sözlük kullanma rahatlığı içerisinde hasta dosyasına bakarak hastanın sorunlarını ve bu sorunlarla ilgili yapılanları görebileceği şekilde düzenlenmiştir. Bu özellik sağlık standartlarını denetleme yönünden çok önemlidir.



Probleme yönelik tıbbi kayıt yönteminde kullanılan hasta kayıtları tutma kuralları, hekimin hasta hakkındaki düşüncelerini, yapmak istediklerini, hastanın bakımından sorumlu olan herkese (diğer hekimlere, hemşirelere, teknisyenlere vb.) hasta dosyası aracılığıyla kolayca iletebileceği şekilde düzenlenmiştir.

Sistemin yapısı gereği hastanın bakımından sorumlu olan herkesin bu konuda eğitim almış olmasını gereklidir. Bu sistemde kullanılan gerçekçi mantık, analiz ve düşünce yöntemi ve bunların aşamalı bir biçimde çizgisel olarak hasta dosyasında kullanılması, hasta kayıtlarının elektronik ortama taşınmasını kolaylaştırır.

Probleme yönelik hasta kayıtları; **veri tabanı, problem listesi, tedavi planları ve gözlem notları** olmak üzere dört temel unsuru içerir.





**Veri tabanı:** Tedavi edilen her hasta hakkında elde edilen özel verilerin tutulduğu yer olarak tanımlanır. Veri tabanının unsurlarını hastanın temel şikâyetleri, mevcut hastalıkları, hasta olduğu dönemdeki günlük aktiviteleri, sosyal verileri, tıbbi geçmişi, fiziksel muayene bulguları ve laboratuvar bulguları oluşturur.

**Problem listesi:** Kayıtların ön kısmına yerleştirilen, hastanın geçmişteki ve o andaki mevcut tıbbi, sosyal, ekonomik problemlerini içerir. Bu problem listeleri başlıklı ve numaralıdır; hasta dosyasında içindekiler kısmı gibi kullanılır. Problem listesi bir semptom ifadesini, anormal bir bulguyu, psikolojik bir bulguyu veya özel bir teşhisi içerebilir. Şüpheli durumlar veya belirsiz durumlar listelenmeyerek sadece not edilir. Listeye, yeni problemler bulunduğunda ilave yapılır. Çözülen problemler listelerden silinmez, çözülmüştür şeklinde karşılıklarına not konulur ve değişiklik tarihi kaydedilir.



**Tedavi planları:** Hastanın durumu hakkında daha fazla bilgi edinmek için tedavi koşullarından ve hastanın tedavisiyle ilgili eğitim planlarından oluşur. Her problem için özel durumlar tarif edilir. Tedavi planları, teşhis ve tedavi için kullanılacak ilaçlar, izlenecek süreçler, amaçlar, değerlendirme planları, hastanın eğitimi olmak üzere farklı bölümlerden oluşur.

**Gözlem notları:** Her problem için izleme notlarıdır. Her notun başında bir numara ve ilgili problemin ismi vardır. Gözlem notları hasta tarafından ifade edilen şikâyetler, hekim veya hemşirenin ölçülebilir gözlenebilir bulguları, test sonuçları, yorum veya mevcut durumun izlenimi, tıbbi tedavi planı olmak üzere bu unsurların herhangi birini veya tamamını içerir.



## KİŞİSEL DOSYA

### ALLERJİLER:

1-

2-

3-

### İLAÇ YAN ETKİLERİ:

1-

2-

3-

ADI :

DOĞUM TARİHİ:

DOĞUM YERİ :

SON BİTİRDİĞİ OKUL :

EVLİLİK TARİHİ :

VATANDAŞLIK NO :

MESLEĞİ :

İŞİ :

İŞ ADRESİ :

İŞ TELEFONU :

KİŞİSEL TELEFON :

E- POSTA :

KİŞİSEL DOSYA KODU

## KİŞİSEL PROBLEM LİSTESİ

TARİH

KRONİK  
PROBLEMLER  
VE RİSK  
FAKTÖRLERİ

YORUMLAR

TARİH

AKUT  
PROBLEMLER

NÜKS LER

Form 4

Adı Soyadı : .....  
Dosya No : .....

Kayıt Tarihi: ..... / ..... / .....

Kaydı Tutarı: .....

## ANAMNEZ FORMU

Başvuru nedeni:  
Hikaye:

## Vücut işlevleri

İştah: ..... Uyku: ..... Miksiyon: ..... Defekasyon: ..... Cinsel işlev: .....

## DOYUÇEÇMİŞ

Diabetes mellitus ☐ Guatr ☐ Tuberküloz ☐ Alkolizm ☐ Kanser ☐  
Şizofreni ☐ Epilepsi ☐ İsk. kalp h. ☐ Psik. h. ☐ Hipertansiyon ☐

Anne-Baba akrabalığı: .....

## ÖZGEÇMİŞ

Geçirilmiş hastalıklar:

Yıl: ..... Tanı: ..... Tedavi: .....

## Büyük Travma ve Operasyonlar:

Yıl: ..... Tanı: ..... Tedavi: .....

## Alışkanlıklar:

Sigara: ☐ adet/gün ☐ yıl içmiş/ içiyor. ☐ yıldır içmiyor.  
Sabah kalktıktan kaç saat sonra sigara içiyor: ☐

Alkol: .....

Madde (belirtiniz): .....

## Kontrasepsiyon:

Süre: ..... Yöntem: .....

## Sürekli ilaç kullanımı:

Reçeteli: ..... Reçetesiz: .....

## Dokuman ilaçlar:

## Obstetrik Hikaye:

Gravida: ☐ Para: ☐ Term: ☐ Preterm: ☐ Abortus: ☐ Yaşayan: ☐ D&C: ☐

Gebelik toksemisi: .....

Gebelikler planlıymıydı? .....

Menarş yaşı: ☐Mens Düzeni: ☐ günde bir ☐ gün, günde ☐ pet kanama. Düzensiz: ☐Menopoz süresi: ☐

FORM-04.1

Form 6

Adı Soyadı : .....  
Dosya No : .....

Kayıt Tarihi: ..... / ..... / .....

DOKTOR: .....

## FİZİK MUAYENE

Kilo: ..... Boy: .....

## Vital Bulgular:

Ateş: ..... TA: ..... Nabız: ..... Solunum: .....

## Genel Durum: .....

Cilt: .....

## Baş-Boyun :

Göz: ..... Ağzı: .....

Kulak: ..... Boyun: .....

Burun: ..... Tiroid: .....

## Toraks:

Solunum Sistemi: ..... Kardio Vasküler Sistem: ..... Meme: .....

## Abdomen :

## Genito-üriner Sistem:

## Nörolojik Sistem:

## Lokomotör Sistem:

## Lenfoid Sistem:

Servikal: ..... Supraklavikular: ..... Aksiller: ..... İnguinal: .....

## Jinekolojik Muayene:

Vulva: ..... Vajen: ..... Serviks: ..... Uterus: ..... Adneksler: .....

## Rektal Tuşe:

FORM-06.1





Hastanın problemi kısaca SOAP olarak ifade edilen yapıya göre tanımlanır.

S (subjektif); hasta tarafından ifade edilen şikâyetler,  
O (objektif); hekim veya hemşirenin bulguları,  
A (assessment); tanı,  
P (plan); tıbbi tedavi planı.

Problem 1:

21 Şubat 1996 S: nefes almada zorluk, öksürük, ateş

O: Nabız 95/min, Ateş: 39,3 C,

Ronküsler. ESR 25mm,

Göğüs X-ray: atelactasis yok, kardiyak dekompanseasyon hafif işareti

A: Akut Bronşit

P: Amoxilin kapsül 500 mg günde iki kez



**Birey Adı:** Ahmet Esen

**Dosya numarası:** 131291

**Kayı tutan:** Dr. Ali Ertuğrul

**Tarih:** 03 Ocak 2011

**S:** Göğüs ağrısı ve mide yakınmaları geçmiş.

**O:** Fizik muayene: özellik yok.

**A:** DİSPEPSİ/SİNDİRİM BOZUKLUĞU

**P:** İlaça devam, 1 ay sonra kontrol.



- 2)Kullanılan Malzemeye Göre

- Kağıda Dayalı Tıbbi Kayıt

Hasta dosyaları,bilgi notları gibi halen elle doldurulan formlardan oluşur.

- I. Bilgiye anında erişim sağlar.
- II. Kolay okunabilir.
- III. Rahat ve esnek kullanıma olanak verir.
- IV. Veri kalitesini sağlar.
- V. Verimlilik ve kalite sağlar.



## Sakıncaları;

- Evraklar zamanla yıpranabilir.
- Evraklar ya da hasta dosyası kaybolabilir.
- Yetkisiz kişilerin eline geçebilir.
- Gizliliğini sağlamak zordur.
- İstatistiksel çalışmalar yapmak ve kararlar almak zordur.



## -Elektronik Hasta Kaydı

Bireyin tüm yaşamı boyunca aldığı sağlık bakımı hizmetleri ve sağlık durumu hakkında elektronik ortamda saklanan bilgidir.Elektronik dosyalama sistemi hastaya ait ücretleri,yönetsel ve klinik bilgileri içeren sağlıkla ilgili kayıtların bulunması, depolanması,yeniden kullanıma sunulması ve transfer işlemlerini içerir.

Günümüzde artık hasta kartları da kullanılmaktadır. Hastanın tıbbi pasaportu şeklinde olması planlanan bu kartlar kredi kartı büyüklüğündedir ve hasta ile ilgili tıbbi problemleri ve diğer gerekli tıbbi bilgileri içerir.Gelişen teknoloji sayesinde bu kartlara çok sayıda tıbbi bilgi,hastanın resmi,röntgen filmleri ve EKG'ler konabilmektedir.



## Elektronik hasta kayıtlarının faydaları:

- -Bireylere verilen hizmetler yazdırıldığında, bireylerin tüm özelliklerini kapsayan bir kayıt elde edilmiş olur.
- -Tüm istatistikler,hastalık ve ölüm sayıları ile bu konulardaki hız ve oranlar kayıtlardan yararlanılarak elde edilir.
- Değişik konularda hesaplanacak hız ve oranlar verilen hizmetin etkinliğini ortaya koyar.



## Sakıncaları:

- Donanım,yazılım,eğitim giderleri gerektirir.
- Personelin sistemi öğrenmesi için belli zamana ihtiyaç duyulmaktadır.
- Yazılım ihtiyaçlara cevap veremeyebilir.
- Sabit disk hataları nedeni ile kayıtlı bilgilerin çoğu silinebilir.
- Bilgisayar sistemleri,donanım veya yazılım hataları yüzünden kullanım dışı kalabilir.



Tıbbi kayıtların tutulması için standart bir kayıt sistemi kullanma zorunluluğu olmadığından her sağlık kurumunu kendi çalışma biçimi doğrultusunda kayıt sistemi oluşturmaktadır. Fakat genel olarak tüm kayıt formları aşağıdaki bilgileri içermektedir:

- Hastanın hastaneye kabul bilgileri,
- Hastaya ait tanımlayıcı ve demografik veriler,
- Risk faktörleri,
- Tıbbi öykü,
- Tıbbi tanılama bulguları,
- Tıbbi tanımlar ve tedavi için yapılan tüm girişimler,
- Uygulanan ilaçlar,
- Cerrahi işlem uygulanmış ise girişimin özeti,
- Alerji ve ilaç reaksiyonları,
- Tedavi seyrine ait notlar (SOAP)
- Taburculuk süreci.



## **Sağlık Kayıtları Tutulurken Dikkat Edilmesi Gerekenler:**

- Her sayfada hasta adı ve dosya numarası yazılmalı
- Kişisel biyografik bilgiler(adresi,telefonları,işi,medeni halı...)yazılmalı
- Kayıt okunaklı olmalı
- Kayıt yapan kişinin adı ve kayıt tarihi yazılmalı
- Problem listesinde önemli tıbbi durumlar ve hastalıklar belirtilmeli
- İlaç alerjileri ve yan etkileri belirgin bir şekilde kaydedilmeli
- Özgeçmişte önemli kazalar,ameliyatlar,hastalıklar,aşılar,alkol ve madde kullanımı gibi önemli konular sorgulanmalı
- Hikaye ve fizik muayenede hastanın başvuru nedeni ile ilgili yeterli bilgi bulunmalı
- Laboratuvar ve diğer testler uygun bir şekilde kaydedilmeli
- Tanı ve tedavi planı bulgularla uyumlu olmalı



## Sağlık Kayıtlarında Yasal Sorumluluk

Sağlık çalışanlarının hukuksal sorunlarla karşılaşmaması için aşağıdaki noktalara dikkat etmeleri gerekmektedir:

- Telefonla verdiğiniz bilgi ve danışmanlık dahil her yapılan işlem mutlaka kaydedilmelidir.
- Dosyanın her sayfasına hastanın adı yazılmalıdır.
- Kayıtlarda kurşun kalem kullanılmamalıdır.
- Hastalar hakkında küçük düşürücü not tutulmamalıdır.
- ‘Hasta kendini daha iyi hissediyor’ gibi anlamı belirsiz ifadelerden kaçınılmalıdır.
- Kayıtlarda değişiklik yapılacaksa üzeri tek çizgi ile çizilmeli, köşesine değişiklik tarihi ve değişiklik yapanın adı, soyadı, imzası yazılmalıdır.
- Hastanın işbirliği olmadığı belirlenmişse nedeni yazılmalıdır.
- Hasta bir herhangi bir uygulamanın yapılmasını reddediyorsa, bu da kayıtlarda belirtilmelidir.



## Niçin Sağlık Kaydı Tutuyoruz?

- Kayıtlar yasal belgelerdir
- Kayıt tutmakla hastalar, kurum çalışanları ve kurum korunur
- Yalnızca istenilen bilgilerin toplanmasını sağlar
- Bilginin unutulmasını önler
- Birden çok bireyin bilgiye ulaşmasını sağlar
- Bilginin toplanmasını hızlandırır
- Yanlışlıkları önler
- Bu bilgiler birleştirilerek ve işlenerek daha sağlam bir bilgiye/sonuca ulaşılır
- Hastanın değerlendirilmesini sağlar
- Personelin niteliğinin değerlendirilmesini sağlar
- Kurumlaşmayı sağlar, plan politikalar için gereklidir
- Mesleğin profesyonelleşmesi için gereklidir

