

سند راهنمای پیاده سازی

شرح حال و معاینه بدنی



شماره:

تاریخ:



سند کسب و کار فرم شرح حال و معاینه بدنی

معاونت درمان

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت



کد سند:

BD.MH1.0(MH00)-0005



راهنمای پیاده سازی فرم شرح حال و معاینه بدنی

زیر نظر:

دکتر قاسم جان بلایی

تدوین و تنظیم:

رضنا گل پیرا - اکرم واحدی - محمد اسماعیل کاللی - محمد باقرزاده یزدی - سید سینا مرعشی - پویانیمی - عبداله کیانی - ژاله شوشتریان - فرید فرجی - مسعود موحدی - سپهر منانت - رضا باسره - مصطفی نعمتی زاده - سیمین درایه

و با تشکر از:

و بکاربری کلیه دانشگاههای علوم پزشکی

مرداد ماه ۱۴۰۰

آدرس: تهران - شهرک غرب (قدس) - بلوار فرحزادی - ایوانک شرقی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک آ - طبقه ۷

تلفن تماس: ۸۱۴۵۵۸۶۴ - ۸۱۴۵۴۵۶۲

آدرس الکترونیک: <http://medcare.behdasht.gov.ir>

فهرست مطالب

مقدمه	۱
بخش ۱: سازوکار بیمارستانی	۳
شرح حال چیست؟	۳
معاینه بالینی چیست؟	۴
شرح حال کامل چه بخش‌هایی دارد؟	۴
برای یک بیمار وقتی وارد اورژانس می‌شود، چه فرایندی طی می‌شود؟	۵
سناریوی کاربران برنامه شرح حال و معاینه بالینی	۵
بخش ۲: اطلاعات فرم	۷
گروه‌های اطلاعات	۷
جدول اطلاعات	۸
توضیحات جدول	۱۰
بخش ۳: راهنمای رابط کاربری	۱۳
بخش ۴: سیستم‌های کدگذاری و ترمینولوژی	۱۶

مقدمه

هنگامی که بیمار با شکایت خاصی به بیمارستان مراجعه می‌کند؛ اولین گام ارتباطی بین پزشک و بیمار و اولین قدم جهت تشخیص بیماری، شرح حال گیری از بیمار است. یک شرح حال و معاینه کامل و جامع می‌تواند اطلاعات بسیار مفیدی به پزشک داده و تشخیص‌هایی را برای وی مطرح می‌کند. نرم‌افزارهای طراحی شده برای فرم شرح حال و معاینه بالینی بایستی به گونه‌ای باشند که جامع بوده و پزشکان بتوانند با دقت آن را تکمیل نمایند و در روند درمانی بیمار از آن استفاده نمایند. اعمال قواعد کاری و طراحی رابط گرافیکی انعطاف‌پذیر و کارآمد می‌تواند نقش بسزایی در بهبود دقت پزشکان در امر شرح حال گیری داشته باشد.

نرم‌افزارهای طراحی شده برای «شرح حال و معاینه» باید به گونه‌ای ایجاد شوند که پزشکان بتوانند به راحتی فرم را تکمیل و جهت تصمیم‌گیری و پیگیری وضعیت بیماران مورد استفاده قرار دهند. اعمال قواعد کاری و طراحی رابط گرافیکی انعطاف‌پذیر و کارآمد می‌تواند نقش به سزایی در بهبود انجام فرایندهای درمانی و تشخیصی این بیماران و کاهش نارضایتی آن‌ها داشته باشد.

در سند حاضر سعی گردیده ضمن بیان جریان کاری و سناریوی کاربری نرم‌افزارهای «شرح حال و معاینه»، قواعد کاری، انواع داده‌ها و اعتبارسنجی آن‌ها تشریح گردد. لازم به ذکر است این سند صرفاً به تشریح شیوه کارکرد برنامه «شرح حال و معاینه» می‌پردازد.

این سند شامل **۴ بخش** است:

- **سازوکار بیمارستانی شرح حال و معاینه بالینی:** در این فصل سازوکار نحوه شرح حال گیری و انجام معاینه بالینی در بیمارستان‌ها، فارغ از بحث نرم افزار و با دید روند بالینی و مدیریتی بیمارستان توضیح داده می‌شود.
 - **اطلاعات فرم شرح حال و معاینه بالینی:** در این بخش اطلاعات موجود در فرم شرح حال و معاینه، عنوان و مقادیر آن‌ها، اجباری بودن آن‌ها، محدودیت ورود اطلاعات و ارتباط با سپاس و سایر فرم‌های موجود در HIS^۱ توضیح داده خواهد شد.
 - **راهنمای رابط کاربری:** در طراحی رابط کاربری^۲ فرم شرح حال و معاینه بالینی، لازم است مواردی رعایت شود که در این بخش توضیح داده می‌شود.
 - **جدول کدینگ ارتباطی با سپاس:** عنوان مقادیر به همراه کد مربوطه در جدول راهنمای تبادل اطلاعات داده پیام پذیرش برخط با سپاس در این قسمت آورده شده است.
- ❖ همراه با این سند، نمونه‌ی پیش‌الگوی فرم «شرح حال و معاینه» نیز در بستر وب قرار داده شده و فرایندها و قواعد کاری این سند، در آن پیاده‌سازی شده است که از طریق نشانی زیر قابل دسترسی است:
- <http://uisamples.tums.ac.ir>
- ❖ همچنین یک ویدئوی آموزشی درخصوص تشریح جریان کاری «شرح حال و معاینه» و توضیح نحوه‌ی عملکرد نمونه پیش‌الگو آماده شده است که در درگاه اطلاع‌رسانی اداره تنظیم مقررات، استانداردها، و صدور پروانه‌ها به آدرس ذیل، قسمت "قوانین و مقررات، ابلاغیه‌ها، فناوری اطلاعات" قابل دسترسی می‌باشد:
- <https://regulatoryit.behdasht.gov.ir>
- ❖ این سند بر اساس فرم کاغذی فعلی «شرح حال و معاینه بدنی» تدوین گردیده، و بازنگری فرم‌ها در فاز بعدی صورت خواهد پذیرفت.
- ❖ **خروجی نرم افزار در نهایت باید مطابق با استاندارد فرم کاغذی وزارت بهداشت، تا زمان ابلاغ شیوه‌نامه امضای دیجیتال و حذف پرونده‌های کاغذی، چاپ شود.**
- ❖ **در نهایت لازم است در این فرم‌ها، با توجه به ضرورت تسریع در فرایند بالینی، صرفا اطلاعات مطرح‌شده در این سند از کاربر درخواست شود و به هیچ وجه اطلاعات اضافی دیگری در این فرم گنجانده نشود.**

۱- Hospital Information System

۲- User Interface / User Experience

بخش ۱: سازوکار بیمارستانی

در این بخش، سازوکار نحوه شرح حال گیری و انجام معاینه بالینی در بیمارستان ها، فارغ از بحث نرم افزار و با دید روند بالینی و مدیریتی بیمارستان توضیح داده می شود.

شرح حال چیست؟

هنگامی که بیماران به علت خاصی به بیمارستان مراجعه می کنند؛ اولین اقدامی که پزشکان انجام می دهند؛ اخذ یک شرح حال از بیمار می باشد. درحقیقت پزشک با گرفتن شرح حال، علت مراجعه و علائم بیمار را از وی می پرسد و با کنار هم قراردادن آن ها با اطلاعاتی از قبیل سابقه بیماری های قبلی، مصرف داروها و سابقه خانوادگی بیمار، سعی می کند که به تشخیص یا تشخیص هایی برسد.

بیماران با توجه به درد و مشکلاتی که دارند، عموماً تمایلی جهت دادن یک شرح حال کامل نداشته و صرفاً علامتی که آن ها را به بیمارستان کشانده، بازگو می کنند و یا اینکه برخی اطلاعات را بیان نمی کنند؛ این هنر پزشک است که با برقراری یک ارتباط مناسب بتواند تمام دیتاهای مورد نیاز خود از تاریخچه بیماری فعلی و بیماری های قبلی و سایر اطلاعات را به دست آورده و با انجام یک معاینه دقیق یک گام جهت تشخیص بردارد و چه بسا به تشخیص قطعی برسد و درمان را برای وی شروع کند.

معاینه بالینی چیست؟

پس از اینکه پزشک اطلاعات موردنیاز را از طریق شرح حال از بیمار دریافت نمود، اقدام به انجام معاینه بالینی می‌کند. معاینه از وضعیت عمومی بیمار شامل حال عمومی و علائم حیاتی شروع شده و در ادامه تست‌هایی استاندارد روی اعضای بدن بیمار انجام می‌گیرد که با توجه به بیماری وی این تست‌ها مختل و یا نرمال بوده و پزشک با انجام آن‌ها می‌تواند به اختلال عملکرد برخی ارگان‌ها پی ببرد و در تشخیص و درمان بیماری به وی کمک می‌کند. نکته حائز اهمیت در انجام معاینات بالینی، حفظ حریم خصوصی بیمار است. معاینه شامل قسمت‌های مشاهده، سمع، دق و لمس می‌باشد که در ارگان‌های مختلف، بنا به ضرورت و با توجه به ماهیت ارگان انجام می‌گیرند؛ برای مثال معاینه قلب عمدتاً بصورت سمع می‌باشد.

شرح حال کامل چه بخش‌هایی دارد؟

شکایت اصلی بیمار: در این قسمت علت اصلی مراجعه از زبان خود بیمار نوشته می‌شود.

تاریخچه بیماری فعلی: در این قسمت پزشک اطلاعات مربوط به بیماری فعلی وی، از قبیل این‌که علائم از چه زمانی شروع شده، چه علائم همراهی داشته، با چه چیزهایی بدتر یا بهتر می‌شده، ارتباط با غذا و ورزش و ... و سایر اطلاعات مربوطه را می‌پرسد.

تاریخچه بیماری‌های قبلی: اینکه بیمار دارای چه بیماری‌هایی است یا قبلاً داشته، در روند تشخیص و درمان بسیار حائز اهمیت است.

داروهای در حال مصرف: داروهایی که توسط بیمار مصرف می‌شوند، بسیار مهم هستند. از این جهت که هم می‌توانند خود، عامل علائم بیمار باشند و هم این‌که با داروهایی که برای بیمار تجویز می‌شود، تداخلات دارویی داشته باشند.

سابقه عادات و اعتیادات: سابقه مصرف سیگار (که خود فاکتور خطر بسیاری از بیماری‌هاست) و مواد مخدر در تشخیص و روند درمانی بیمار موثر بوده و بایستی با دقت گزارش گردند.

حساسیت: حساسیت‌های دارویی و غذایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند؛ به طور مثال، اگر کسی سابقه واکنش حساسیتی شدید به پنی‌سیلین داشته باشد؛ نبایستی آنتی‌بیوتیک‌های دسته پنی‌سیلین برای وی تجویز گردند.

سوابق فAMILIAL: سابقه بیماری‌های اعضای درجه یک و دو خانواده از جهت بیماری‌های ارثی مهم می‌باشد؛ برای مثال سابقه بیماری سرطان یا دیابت در خانواده.

وضعیت عمومی: در این قسمت پزشک وضعیت عمومی بیمار را ارزیابی می‌کند. برای مثال اینکه هوشیار است یا خیر، حال عمومی وی چگونه است و در چه وضعیتی قرار دارد.

علائم حیاتی: علائم حیاتی بیمار در زمان شرح حال گیری پزشک از وی در این جا ثبت می‌گردد.

معاینه ارگان‌های بدن: در این قسمت ارگان‌های بدن به ترتیب از سر تا پا نوشته شده که پزشک به همین ترتیب اقدام به معاینه و شرح حال گیری کلیه‌ی ارگان‌های بدن می‌کند و نتایج را در قسمت مربوط به هر ارگان می‌نویسد. با توجه به حجم کاری بالای بیمارستان‌ها معمولاً پزشکان قسمت‌های مهم‌تر و مربوط به بیماری را معاینه می‌کنند و در صورت لزوم در سیر بستری سایر قسمت‌ها را معاینه خواهند نمود.

خلاصه: پزشک خلاصه یافته‌های خود از شرح حال و سابقه بیمار و معاینات انجام شده را یادداشت می‌کند.

تشخیص اولیه: با توجه به اطلاعات به دست آمده پزشک تشخیص یا تشخیص‌هایی را به عنوان تشخیص اولیه برای بیمار مطرح می‌کند.

برنامه درمانی: برای یافتن تشخیص قطعی بین تشخیص‌های افتراقی و همچنین شروع درمان بیمار بایستی یک سری اقدامات در نظر گرفته شود.

برای یک بیمار وقتی وارد اورژانس می‌شود، چه فرایندی طی می‌شود؟

هنگامی که یک بیمار به اورژانس مراجعه می‌کند، پزشک اورژانس از وی شرح حال می‌گیرد و سعی در جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای خارج شدن بیمار از حالت اورژانسی (از حالت ناپایدار^۱) نموده و با توجه به اهمیت سرعت در اورژانس، شرح حال ناکاملی - و البته کارآمد در سیستم اورژانس - از وی می‌گیرد و معاینات خاصی را انجام می‌دهد. چنانچه بیمار به حالت پایدار^۲ رسید و به بخش منتقل شد؛ پزشک بخش شرح حال کامل‌تری را از وی اخذ نموده و معاینات دقیق‌تر و جامع‌تری را انجام داده و شرح حال قبلی را تکمیل می‌نماید. همچنین در مدت بستری نیز ممکن است بیمار اطلاعات جدیدی را بیان کند و یا پزشک به آن دست یابد و یا معاینه جدیدی روی بیمار انجام دهد؛ فلذا فرم شرح حال یک فرم پویاست که در طول اقامت بیمار در بیمارستان مدام در حال تکمیل می‌باشد.

سناریوی کاربران برنامه شرح حال و معاینه بالینی

۱- unstable

۲- stable

برنامه شرح حال و معاینه بالینی باید به گونه‌ای باشد که به صورت جامع تمامی موارد مورد نیاز شرح حال و معاینه را پوشش دهد. نرم‌افزارها و فرم‌هایی که بابت این موضوع تهیه می‌شوند؛ باید به پزشکان این قابلیت را بدهند که با دقت و جامع این فرم را تکمیل نمایند و کار با آن‌ها راحت باشد. بیماران عمدتاً در شرایط بالینی نامساعد با درد یا شرایط ناپایدار روانی قرار دارند و نباید نرم‌افزارهای مربوط به شرح حال و معاینه بالینی، باعث حواس‌پرتی کادر درمان شود. در هنگام طراحی نرم‌افزار شرح حال و معاینه بالینی باید به این نکته دقت داشت که امکان وارد کردن اطلاعات به صورت کاملاً کاربرپسند^۱ برای کاربران وجود داشته باشد و کار با آن به گونه‌ای نباشد که در شیفت‌های سخت و طولانی کادر درمان دغدغه‌ای به آن‌ها بیفزاید و بتوانند تمام اطلاعات خود را به راحتی در آن وارد کنند.

^۱- user-friendly

بخش ۲: اطلاعات فرم

در این بخش اطلاعات موجود در فرم شرح حال و معاینه بالینی، عنوان و مقادیر آنها، اجباری بودن آنها، محدودیت ورود اطلاعات، ارتباط با سپاس و سایر فرم های موجود در HIS توضیح داده خواهد شد.

گروه های اطلاعات

اطلاعات مورد نیاز هنگام کامل کردن فرم شرح حال و معاینه بالینی، با توجه به نوع اطلاعات به گروه های زیر دسته بندی می شوند:

- گروه اطلاعات پرونده بیمار
- گروه اطلاعات شرح حال
- گروه اطلاعات معاینه بالینی
- گروه اطلاعات نتیجه گیری و برنامه درمانی

در جدول اطلاعات و فرم نمونه، این گروه بندی مدنظر قرار گرفته است. این گروه بندی باعث طبقه بندی اطلاعات می شود و ورود اطلاعات را برای کاربر راحت تر می کند. همچنین عناوین مرتبط با هم در کنار یکدیگر قرار می گیرند.

جدول اطلاعات

گروه اطلاعات پرونده بیمار				
عنوان فارسی	عنوان انگلیسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
شماره پرونده	Unit No.	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
نام	Name	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
نام خانوادگی	Family Name	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
تاریخ تولد	Date of Birth	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
نام پدر	Father Name	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
بخش	Ward	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
اتاق	Room	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
تخت	Bed	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
تاریخ پذیرش	Date of Admission	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
پزشک معالج	Attending Physician	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
شماره پرونده	Unit No.	-		از اطلاعات پذیرش کامل می شود
گروه اطلاعات شرح حال				
عنوان فارسی	عنوان انگلیسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
منبع شرح حال	Source of History	بله		به صورت متنی تکمیل می گردد
ویژگی های منبع شرح حال	Source of History Properties	بله	آگاه (informative) / قابل اطمینان (reliable) / همکاری کننده (cooperative)	هیچ یا یک یا دو یا سه مورد می تواند انتخاب شود
شکایت اصلی بیمار	Chief Complaint	بله		به صورت متنی تکمیل می گردد
تاریخچه بیماری فعلی	History of Present Illness	بله		به صورت متنی تکمیل می گردد
تاریخچه بیماری های قبلی	Past Diseases History	بله	ICD	

داروهای در حال مصرف	Current Drug therapy	بله	ATC-IRC-eRX	
سابقه عادات و اعتیادات	Habitual History & Addictions	بله	لیست انتخابی از SNOMEDCT	کدینگ آن همراه سند ارائه شده است.
حساسیت به	Allergy to	بله	لیست انتخابی از SNOMEDCT	کدینگ آن همراه سند ارائه شده است.
سوابق فامیلی	Family History	بله	ICD	توضیح در قسمت توضیحات جدول

گروه اطلاعات معاینه بالینی

عنوان فارسی	عنوان انگلیسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
وضعیت عمومی	General Appearance	بله		
فشار خون سیستول	BP Max	بله	۰ - ۳۰۰	
فشار خون دیاستول	BP Min	بله	۰ - ۳۰۰	
تعداد ضربان قلب	PR/min	بله	۰ - ۳۰۰	
تعداد تنفس	RR/min	بله	۰ - ۹۰	
درصد اشباع اکسیژن	SPO ₂ %	خیر	۰ - ۱۰۰	
دمای بدن	T°	بله	۲۵ - ۴۲	
پوست	Skin	خیر		
جمجمه	Skull	خیر		
گوش	Ear	خیر		
چشم	Eye	خیر		
بینی	Nose	خیر		
دهان	Mouth	خیر		
گلو	Throat	خیر		
گردن	Neck	خیر		
غدد لنفاوی	Lymph Nodes	خیر		
قفسه-سینه	Chest	خیر		
پستان	Breast	خیر		

قلب	Heart	خیر		
ریه	Lung	خیر		
عروق	Vessels	خیر		
شکم	Abdomen	خیر		
اندام تناسلی (مذکر)	Genital Organ (Male)	خیر		
اندام تناسلی (مونث)	Genital Organ (Female)	خیر		
مقعد	Rectum	خیر		
اعصاب	Nervous System	خیر		
اندامها (فوقانی و تحتانی)	Extremities	خیر		
استخوان - مفاصل - عضلات	Bones - Joints - Muscles	خیر		

گروه اطلاعات نتیجه گیری و برنامه درمانی

عنوان فارسی	عنوان انگلیسی	اجباری	مقادیر	توضیحات
خلاصه	Summary	بله		
تشخیص اولیه	Primary Dx	بله	ICD10	
برنامه درمانی	Plan	بله		
نام و نام خانوادگی پزشک شرح حال گیرنده	-	-		در این قسمت به صورت خودکار، نام و نام خانوادگی کاربر (پزشک) درج شود.

اطلاعات به جهت ارتباطی که با یکدیگر دارند؛ گروه بندی شده اند. بهتر است گروه ها به ترتیب بالا به کاربر نمایش داده شوند. همچنین بهتر است ترتیب عناوین در هر گروه مطابق ترتیب در جدول بالا باشد تا روند شرح حال گیری و معاینه بیمار و پر کردن فرم شرح حال و معاینه بالینی برای پزشک منطبق تر باشد.

تمام موارد اجباری که باید در داخل فرم کامل شوند در جدول بالا ذکر شده است. دقت شود اجباری بودن یک عنوان به این معنی نیست که حتما برای سپاس ارسال خواهد شد. بلکه به این معنی است که این اطلاعات باید از کاربر گرفته و در سامانه بیمارستانی ذخیره شود. مواردی که باید برای پرونده سلامت کشوری (سپاس) ارسال گردد، کدینگ و نمونه اولیه آنها به صورت جدا توضیح داده شده است.

❖ گروه اطلاعات پرونده بیمار

- اطلاعات این بخش از جدول اطلاعات از اطلاعات پذیرش به صورت خودکار تکمیل شده و نیازی نیست که پزشک (کاربر) به صورت مستقیم اطلاعات این قسمت را وارد نماید.

❖ گروه اطلاعات شرح حال

- تاریخچه بیماری قبلی:** به صورت انتخابی بوده و موارد آن از ICD10 استخراج شده و کاربر از میان آنها با جستجو (و تایپ چند حرف اول آن) انتخاب می نماید. امکان انتخاب چند مورد وجود دارد. در صورت انتخاب هر مورد، مقابل آن مورد یک باکس جهت توضیح (به صورت متنی) باز شود که توضیحات آن مورد را کاربر بنویسد.
- داروهای در حال مصرف:** به صورت انتخابی بوده و از لیست دارویی ATC و IRC و eRX استفاده می شود. کاربر از میان آنها با جستجو (و تایپ چند حرف اول آن) انتخاب می نماید. امکان انتخاب چند مورد وجود دارد. در صورت انتخاب هر مورد، مقابل آن مورد یک باکس جهت توضیح (به صورت متنی) باز شود که توضیحات آن مورد را کاربر بنویسد.
- سابقه عادات و اعتیادات:** به صورت انتخابی از لیست گلچین شده از SNOMEDCT که ارائه شده، می باشد. کاربر از میان آنها با جستجو (و تایپ چند حرف اول آن) انتخاب می نماید. امکان انتخاب چند مورد وجود دارد. در صورت انتخاب هر مورد، مقابل آن مورد یک باکس جهت توضیح (به صورت متنی) باز شود که توضیحات آن مورد را کاربر بنویسد.
- حساسیت به:** به صورت انتخابی از لیست گلچین شده از SNOMEDCT که ارائه شده، می باشد. کاربر از میان آنها با جستجو (و تایپ چند حرف اول آن) انتخاب می نماید. امکان انتخاب چند مورد وجود دارد. در صورت انتخاب هر مورد، مقابل آن مورد یک باکس جهت توضیح (به صورت متنی) باز شود که توضیحات آن مورد را کاربر بنویسد.
- سوابق فامیلی:** به صورت انتخابی بوده و موارد آن از ICD10 استخراج شده و کاربر از میان آنها با جستجو (و تایپ چند حرف اول آن) انتخاب می نماید. امکان انتخاب چند مورد وجود دارد. در صورت انتخاب هر مورد، مقابل آن

مورد، ۲ باکس که یکی جهت انتخاب نسبت فرد با بیمار (از میان لیست مورد نظر) و دیگری جهت توضیح (به صورت متنی) باز شود که توضیحات آن مورد را کاربر بنویسد. قسمت نسبت فرد با بیمار لازم است بین موارد زیر انتخاب شود:

- پدر
- مادر
- پدربزرگ
- مادربزرگ
- خواهر
- برادر
- همسر
- فرزند
- فامیل
- دوست
- آشنا
- همسایه
- همکار
- سایر

در صورت انتخاب «سایر»، لازم است امکان وارد کردن نسبت فامیلی مورد نظر به صورت متنی، برای کاربر فراهم شود.

بخش ۳: راهنمای رابط کاربری

در طراحی رابط کاربری فرم شرح حال و معاینه بالینی، لازم است مواردی رعایت شود که در این بخش توضیح داده می شود.

راهنمای پیاده سازی رابط کاربری

هنگامی که این بخش در رابطه با مواردی است که نیاز است در طراحی ظاهر و گرافیک برنامه (اصطلاحاً رابط کاربری) در فرم رعایت شود.

مواردی که در اینجا گفته شده در فرم نمونه آورده شده است. لینک فرم نمونه در مقدمه سند آورده شده است.

هدف از این موارد در طراحی ظاهر فرم، راحتی و سرعت کاربر در پرکردن فرم است. همچنین سعی شده که این موارد به گونه ای آورده شود که با ترتیب شرح حال گیری و معاینه در بالین بیمار تطابق داشته باشد.

The screenshot shows a medical form with two main sections: 'اطلاعات بیمار' (Patient Information) and 'شرح حال بیمار' (Patient History).

اطلاعات بیمار:

- نام: علی
- نام خانوادگی: وکیل
- نام پدر: حسن
- تاریخ تولد: ۱۳۹۹ / ۱۲ / ۲۴
- شماره پرونده: ۹۸۳۳۱۷۸۷۴۴
- بخش: اورژانس
- تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹ / ۱۲ / ۱۷
- پزشک معالج: دکتر علی محمدی
- نوع تخت: تخت
- تعداد تخت: ۲

شرح حال بیمار:

- منبع شرح حال: خود بیمار، هس و ...
- شکایت اصلی بیمار: [Blank field]
- تاریخچه بیماری فعلی: [Blank field]
- تاریخچه بیماری قبلی: [Blank field]
- شرح بیماری: [Blank field]
- بیماری: [Blank field]
- افزودن بیماری: [Blank field]

بهتر است در پیاده سازی فرم این موارد رعایت شود:

- لازم است تمام فرم مانند فرم نمونه در یک صفحه قرار داشته باشند و به گونه ای نباشد که برای ورود قسمتی از اطلاعات وارد صفحه جدیدی شود.
- ترتیب عناوین و گروه بندی آن ها مطابق با جدول اطلاعات و فرم نمونه باشد. به عنوان مثال نام و نام خانوادگی بالاتر از تاریخ تولد نمایش داده شود و گروه اطلاعات شرح حال بالاتر از معاینه بالینی قرار گیرد. همچنین ترتیب ارگان های مورد معاینه نیز باید به ترتیب ذکر شده باشد.
- در انتخاب زبان فارسی یا انگلیسی با توجه به فرم نمونه عمل کنید. چنانچه قابلیت نمایش هر دو زبان برای پیاده سازی ممکن نیست عناوینی که در فرم نمونه فارسی هستند به صورت فارسی و عناوین انگلیسی، به زبان انگلیسی نمایش داده شوند.
- در کلیه بخش های فرم در نظر گرفته شود که تا حد امکان صرفا با صفحه کلید^۱ و بدون موسواره^۲ بتوان فرم را با کمک کلیدهای تب^۳ و شیف+تب^۴ پر کرد. به گونه ای که با زدن این کلید ها بتوان بین عناوین فرم حرکت کرد.
- تعدادی از عناوین موجود در این فرم، باید مطابق لیست کدینگ مصوبه وزارت بهداشت و واحد فناوری اطلاعات کامل گردد. بهتر است که در این موارد از لیست های خودتکمیل شونده^۵ یا لیست با قابلیت پیشنهاد^۶ استفاده

۱- keyboard

۲- mouse

۳- Tab

۴- Shift+Tab

۵- autocomplete

۶- suggest

شود تا در حین تایپ کاربر، موارد را جستجو و از لیست به کاربر پیشنهاد داده شود و با توجه به تعداد بالای مقادیر این لیست‌ها از لیست‌هایی که صرفاً قابلیت انتخاب دارند و امکان جستجو با تایپ ندارند پرهیز شود.

- تاریخ اخذ شرح حال و نام پزشک شرح حال گیرنده به طور خودکار در سیستم ثبت باشد.

دقت شود در فرم شرح حال و معاینه بالینی باید صرفاً این عناوین و مقادیر با عبارت‌های مشخص شده در این سند و فرم نمونه پیاده‌سازی شود و ترتیب عناوین مطابق این سند باشد و به هیچ عنوان، اطلاعات دیگری در فرم شرح حال و معاینه بالینی از کاربر درخواست نشود.

بخش ۴: سیستم‌های کدگذاری و ترمینولوژی

لیست کدگذاری برای قسمت‌های «سابقه عادات و اعتیادات» و «حساسیت به» که به صورت گلچین شده از ترمینولوژی SNOMEDCT تهیه شده است، به صورت دو صفحه در پیوست شماره دو قرار داده شده است.

همچنین به‌روزترین لیست‌های کدگذاری که در این سند استفاده شده‌اند، از طریق سامانه مکسا قابل دسترسی است:

<http://maxa.behdasht.gov.ir>

در این سند، ترمینولوژی‌های SNOMEDCT و ICD و ATC و IRC و eRX مورد استفاده قرار گرفته است که با جستجو در سامانه فوق می‌توان آن‌ها را دریافت کرد.