

التوثيق الطبي الخاص بحالات مرض فايروس كورونا المستجد

المقدمة

البيانات الصحية هي شريان الحياة لنظام الرعاية الصحية. وهي بمثابة الأساس لتطوير أفضل الممارسات واتخاذ أنجح القرارات الطبية الهامة. وبينما يعتمد عدد من المستشفيات على التوثيق الورقي في السجل الطبي للمرضى، يستخدم الكثير من المستشفيات السجلات الطبية الإلكترونية في التوثيق الطبي. وقد قامت بعض الهيئات مثل منظمة الصحة العالمية باستحداث نماذج خاصة لتقييم وتشخيص وعلاج حالات المرضى المصابين بفايروس كورونا المستجد COVID-19

الأهداف

1. تحديد متطلبات التوثيق اللازمة في السجل الطبي الورقي والإلكتروني، وبشكل خاص لحالات مرضى COVID-19، بحيث تضمن الشمولية والدقة والموضوعية في عملية التوثيق.
2. التأكد من الإستخدام السليم للاختصارات الخاصة بهذه الحالات في الملف الطبي

المسؤوليات الإدارية

1. اعتماد السياسات الخاصة بالتوثيق الطبي في فترة وباء كورونا المستجد مع تحديد مسؤوليات التوثيق والأشخاص المخولين بذلك.
2. تحديد النماذج الواجب استخدامها من قبل مقدمي الرعاية الصحية خلال فترة وباء كورونا وتعميمها على جميع الأقسام.
3. مراجعة الخطة الوطنية والتأكد من متطلبات تزويد احصائيات المرضى بشكل يومي أو أسبوعي أو شهري.
4. عمل مراجعة للسجلات الطبية للتأكد من التزام الأطباء والتمريض بالتوثيق في السجل الطبي خلال فترة وباء كورونا المستجد.

الإجراءات

1. يتم إنشاء وحفظ سجل طبي لكل فرد يقيم أو يعالج في المستشفى.
2. يحتوي السجل الطبي على معلومات كافية مسجلة إلكترونياً وورقياً، لتحديد هوية المريض ودعم التشخيص وتبرير العلاج؛ وتوثيق مراحل إقامة المريض في المستشفى وتسهيل استمرارية الرعاية بين مقدمي الرعاية الصحية .
3. يجب أن تكون المعلومات في السجل الطبي في متناول الأشخاص المصرح لهم، وتكون محدثة ودقيقة وسرية وأمنة، وكاملة وموقعة حسب الأصول.
4. يشمل السجل الطبي: بيانات المتعلقة بهوية المريض؛ السيرة المرضية والتاريخ الطبي؛ ونتائج الفحوصات / والتقييمات السريرية ذات الصلة؛ والأوامر التشخيصية والعلاجية، والدليل على الموافقة المبنية على المعرفة؛ والملاحظات السريرية، والتشخيص النهائي والإستنتاجات أثناء وعند إنهاء الاستشفاء.
5. اجراءات يجب إتباعها عند التوثيق في السجل الطبي وتتضمن:
 - 5.1 يجب أن تسجل معلومات المريض كاملة على الرقعة التعريفية، والتي يجب أن تكون على كل ورقة في السجل الطبي كالتالي: إسم المريض الرباعي، رقم الملف، تاريخ الميلاد، القسم، الطبيب الاختصاصي، تاريخ الدخول.

- 5.2. يجب أن يكون التوثيق مقروءاً ومفهوماً وبخط واضح.
- 5.3. يجب أن يكون التوثيق بقلم حبر جاف لا يمحي أسود أو أزرق، ولا يستعمل قلم الرصاص أبداً للتوثيق على الملف الطبي الورقي.
- 5.4. يجب أن يكون التوثيق على الملف الطبي الورقي متسلسلاً، بمعنى أن لا تكون هناك فراغات أو مساحات فارغة بين الجمل على السطر الواحد.
- 5.5. لتصحيح خطأ التوثيق رسم خط فوق الكلمة أو الجملة الخطأ وكتابة عبارة ERROR فوقها والتوقيع في نهاية العبارة التي تم إضافتها محل الخطأ.
- 5.6. فقط الإختصارات الطبية المسموحة والمعتمدة في المستشفى هي فقط التي تستعمل كإختصارات.
- 5.7. يجب أن تكون كل المعلومات موثقة بتوقيع خطي وقت كتابتها في السجل الطبي حسب الاقتضاء.
- 5.8. يجب إكمال كل إدخال في السجل الطبي ضمن الأطر الزمنية المحددة في سياسات المستشفى .
- 5.9. يتطلب تعبئة كافة بيانات المريض على النماذج الإلكترونية أو الورقية المخصصة لذلك والمعتمدة من لجنة السجلات الطبية .
- 5.10. يتم توثيق الإدخالات المتأخرة في السجل الطبي ولكن يجب أن تكون مكتوبة على أنها "إضافة" وتعكس تاريخ ووقت توثيقها .
- 5.11. يجب التوثيق على النماذج الطبية المعتمدة فقط في المستشفى ولا يجوز أبداً استعمال أو التوثيق على نماذج خارجية
- 5.12. يجب الإنتباه إلى وضع الرقع التعريفية الخاصة ببعض الحالات المرضية على الجزء الخارجي من السجل الطبي الورقي والإلكتروني على، COVER SHEET حيث أن هناك خانة خاصة لهذه الرقع ستظهر تلقائياً من النظام في حال إدخالها، وفي حالات أخرى تظهر تحت ICON POSTING على سبيل المثال لا الحصر:
- Infection precautions والتي يجب استخدامها للمرضى المصابين بفايروس كورونا المستجد
 - Allergy
 - Don't use Left Arm
 - Risk for Fall
 - Patient under Research
 - Infection
 - حالات قضائية
6. يتضمن السجل الطبي الخاص بمرضى الطوارئ ما يلي:
- 6.1. تاريخ الوصول وساعته ووسيلته.
- 6.2. رعاية الطوارئ المقدمة قبل الوصول.
- 6.3. الشكوى الرئيسية.
- 6.4. التصنيف والفرز الخاص بالمريض.
- 6.5. تقييم الطبيب.
- 6.6. أوامر التشخيص والعلاج.
- 6.7. الحساسيات.

- 6.8. الأدوية المتناولة قبل الحضور إلى قسم الطوارئ.
- 6.9. الأدوية والعلاجات المقدمة في قسم الطوارئ.
- 6.10. العلامات الحيوية وأوقاتها.
- 6.11. الاستنتاجات عند انتهاء المعالجة.
- 6.12. حالة المريض عند الخروج.
- 6.13. تعليمات متابعة رعاية المريض.
- 6.14. معلومات النقل إن وجدت.
7. بينما يشمل سجل مريض الدخول الطبي على ما يلي:
 - 7.1. نموذج الطوارئ (إذا كان محول من الطوارئ).
 - 7.2. بطاقة إدخال المريض.
 - 7.3. نموذج التحويل (إذا كان التحويل من العيادات).
 - 7.4. تفويض وتعهد وكفالة.
 - 7.5. نماذج الولادة (إذا كانت حالة ولادة).
 - 7.6. التقييم السريري بما يشمل تاريخ الحالة والفحص الجسدي.
 - 7.7. أوامر الطبيب والتي تتضمن الفحوصات التشخيصية والادوية.
 - 7.8. ملاحظات تقدم الحالة.
 - 7.9. خطة الرعاية الطبية والتمريضية.
 - 7.10. نموذج تنقيف المريض.
 - 7.11. الإستشارات.
 - 7.12. بيانات الإحالة عند الإقتضاء.
 - 7.13. الموافقات المبنية على المعرفة.
 - 7.14. النمو والتطور للمرضى الأطفال المنومين
 - 7.15. الملاحظات السريرية.
 - 7.16. الملاحظات التمريضية.
 - 7.17. بيانات المراقبة التمريضية.
 - 7.18. الإستشارات.
 - 7.19. فحوصات المختبر والأشعة.
 - 7.20. قائمة التحضير للعمليات الجراحية.
 - 7.21. تقرير العملية الجراحية.
 - 7.22. تقييم التخدير والمراقبة بحسب الإقتضاء.
 - 7.23. ملخص عملية الخروج.
 - 7.24. أية اوراق إضافية مثل خدمة الأمانات، تقارير الخروج من المستشفى، نموذج طلب إجراء طبي.
8. يضاف إلى هذه النماذج النموذج الخاص بتقييم ومتابعة المرضى المصابين بفايروس كورونا المتسجد، ومن الممكن الاستفادة من النموذج الذي تم عمله من قبل منظمة الصحة العالمية (مرفق)

1f. SIGNS AND SYMPTOMS ON ADMISSION (Unk = Unknown)					
History of fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Lower chest wall indrawing	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Cough	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Headache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
with sputum production	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Altered consciousness/confusion	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
with haemoptysis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Seizures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Abdominal pain	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Runny nose (rhinorrhoea)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Vomiting / Nausea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Wheezing	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Diarhoea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Chest pain	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Conjunctivitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Muscle aches (myalgia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Skin rash	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Joint pain (arthralgia)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Skin ulcers	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Fatigue / Malaise	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Lymphadenopathy	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Loss of taste	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Inability to walk	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Loss of smell	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	Bleeding (Haemorrhage)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk		
Shortness of breath	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk	if bleeding: specify site(s):			
Other <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk If yes, specify: _____					
1g. MEDICATION On the day of admission, did the patient receive any of the following:					
Oral/orogastric fluids? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		Intravenous fluids? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown			
Antiviral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes: O Ribavirin O Lopinavir/Ritonavir O Neuraminidase inhibitor					
O Interferon alpha O Interferon beta O Other, specify: _____					
Corticosteroid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, route: O Oral O Intravenous O Inhaled					
If yes, please provide agent and maximum daily dose: _____					
Antibiotic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		Antifungal agent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown			
Antimalarial agent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		If yes, specify: _____			
Experimental agent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		If yes, specify: _____			
Non-steroidal anti-inflammatory (NSAID) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
Angiotensin II receptor blockers (ARBs) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Systemic anticoagulation <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
1h. SUPPORTIVE CARE On the day of admission, did the patient receive any of the following:					
ICU or High Dependency Unit admission? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
Oxygen therapy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, complete all below					
O ₂ flow: <input type="checkbox"/> 1-5 L/min <input type="checkbox"/> 6-10 L/min <input type="checkbox"/> 11-15 L/min <input type="checkbox"/> >15 L/min <input type="checkbox"/> Unknown					
Source of oxygen: <input type="checkbox"/> Piped <input type="checkbox"/> Cylinder <input type="checkbox"/> Concentrator <input type="checkbox"/> Unknown					
Interface: <input type="checkbox"/> Nasal prongs <input type="checkbox"/> HF nasal cannula <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Mask with reservoir <input type="checkbox"/> CPAP/NIV mask <input type="checkbox"/> Unknown					
Non-Invasive ventilation? (e.g. BiPAP/CPAP) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Prone position? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
Invasive ventilation (Any)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, what were the following values closest to 0800:					
PEEP (cm H ₂ O) _____; FIO ₂ (%) _____; Plateau pressure (cm H ₂ O) _____; P _a CO ₂ _____; P _a O ₂ _____					
Inotropes/vasopressors? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
Extracorporeal (ECMO) support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
1i. LABORATORY RESULTS ON ADMISSION (*record units if different from those listed)					
Parameter	Value*	Not done	Parameter	Value*	Not done
Haemoglobin (g/L)		<input type="checkbox"/>	Creatinine (μmol/L)		<input type="checkbox"/>
WBC count (x10 ⁹ /L)		<input type="checkbox"/>	Sodium (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Haematocrit (%)		<input type="checkbox"/>	Potassium (mEq/L)		<input type="checkbox"/>
Platelets (x10 ⁹ /L)		<input type="checkbox"/>	Procalcitonin (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
APTT/APTR		<input type="checkbox"/>	CRP (mg/L)		<input type="checkbox"/>
PT (seconds)		<input type="checkbox"/>	LDH (U/L)		<input type="checkbox"/>
INR		<input type="checkbox"/>	Creatine kinase (U/L)		<input type="checkbox"/>
ALT/SGPT (U/L)		<input type="checkbox"/>	Troponin (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
Total bilirubin (μmol/L)		<input type="checkbox"/>	ESR (mm/hr)		<input type="checkbox"/>
AST/SGOT (U/L)		<input type="checkbox"/>	D-dimer (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
Urea (BUN) (mmol/L)		<input type="checkbox"/>	Ferritin (ng/mL)		<input type="checkbox"/>
Lactate (mmol/L)		<input type="checkbox"/>	IL-6 (pg/mL)		<input type="checkbox"/>

الملحق (ب): New ICD code introduced for COVID-19 deaths



COVID-19 Alert No. 2
March 24, 2020

New ICD code introduced for COVID-19 deaths

This email is to alert you that a newly-introduced ICD code has been implemented to accurately capture mortality data for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on death certificates.

Please read carefully and forward this email to the state statistical staff in your office who are involved in the preparation of mortality data, as well as others who may receive questions when the data are released.

What is the new code?

The new ICD code for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is U07.1, and below is how it will appear in formal tabular list format.

U07.1 COVID-19

Excludes: Coronavirus infection, unspecified site (834.2)
Severe acute respiratory syndrome (SARS), unspecified (U04.9)

The WHO has provided a second code, U07.2, for clinical or epidemiological diagnosis of COVID-19 where a laboratory confirmation is inconclusive or not available. Because laboratory test results are not typically reported on death certificates in the U.S., NCHS is not planning to implement U07.2 for mortality statistics.

When will it be implemented?

Immediately.

Will COVID-19 be the underlying cause?

The underlying cause depends upon what and where conditions are reported on the death certificate. However, the rules for coding and selection of the underlying cause of death are expected to result in COVID-19 being the underlying cause more often than not.

What happens if certifiers report terms other than the suggested terms?

If a death certificate reports coronavirus without identifying a specific strain or explicitly specifying that it is not COVID-19, NCHS will ask the states to follow up to verify whether or not the coronavirus was COVID-19. As long as the phrase used indicates the 2019 coronavirus strain, NCHS expects to assign the new code. However, it is preferable and more straightforward for certifiers to use the standard terminology (COVID-19).

What happens if the terms reported on the death certificate indicate uncertainty?

If the death certificate reports terms such as "probable COVID-19" or "likely COVID-19," these terms would be assigned the new ICD code. It is not likely that NCHS will follow up on these cases. If "pending COVID-19 testing" is reported on the death certificate, this would be considered a pending record. In this scenario, NCHS would expect to receive an updated record, since the code will likely result in R99. In this case, NCHS will ask the states to follow up to verify if test results confirmed that the decedent had COVID-19.

Do I need to make any changes at the jurisdictional level to accommodate the new ICD code?

Not necessarily, but you will want to confirm that your systems and programs do not behave as if U07.1 is an unknown code.

Should "COVID-19" be reported on the death certificate only with a confirmed test?

COVID-19 should be reported on the death certificate for all decedents where the disease caused or is assumed to have caused or contributed to death. Certifiers should include as much detail as possible based on their knowledge of the case, medical records, laboratory testing, etc. If the decedent had other chronic conditions such as COPD or asthma that may have also contributed, these conditions can be reported in Part II. (See attached Guidance for Certifying COVID-19 Deaths)

Steven Schwartz, PhD
Director – Division of Vital Statistics
National Center for Health Statistics
3311 Toledo Rd | Hyattsville, MD 20782

المراجع

- خطة الطوارئ الوطنية للتعامل مع (COVID-19)، الإصدار الثاني / شهر اذار 2020.
- معايير مجلس اعتماد المؤسسات الصحية- الطبعة الرابعة.