

IBLCE 문서 기록 지침

정의

국제 수유 상담가 시험기관(International Board of Lactation Consultant Examiners, IBLCE)은 임상 문서 기록을 의뢰인 혹은 의뢰인 그룹에 대한 정보의 서면, 타자 입력 또는 전자 기록으로서, 제공되는 케어를 상술하는 것으로 정의합니다. 의뢰인의 건강 기록은 서면 기록 또는 전자 기록, 팩스, 이메일, 오디오 또는 비디오 기록물을 비롯한 전자 기록뿐 아니라 그림과 도표일 수 있습니다. 이러한 기록은 관찰, 사정, 계획, 개입, 평가, 결과 및 후속 사항을 전달합니다. 문서 기록은 잠재적으로 법적 소송에 채택될 가능성이 있습니다.

기본 원칙

임상 문서 기록의 기본 원칙은 지역/주/지방/연방법의 방침에 따릅니다. 모든 문서 기록은 반드시:

- 정확하고, 명료하고, 포괄적이고, 간결해야 합니다.
- 동시 발생적이어야 합니다.
- 임상의 본인이 기록해야 합니다.
- 날짜와 시간, 서명이 있어야 합니다.
- 읽을 수 있고 영구적이어야 합니다.
- 해당 조직 및/또는 법적 요건에 허용되는 약어를 사용해야 합니다.

또한 다음의 사항이 포함되어야 합니다.

- 의뢰인의 기밀 및 해당 기록의 보안 보장을 위한 유지 관리.
- 허용 가능한 기법 및/또는 방식을 사용해 오직 자체적 오류만 수정.

국제인증 수유상담가(International Board Certified Lactation Consultants, IBCLC)에서는 제공하는 케어 및 임상적 사건의 문서 기록에 대한 책임을 지며, 이를 IBCLC를 위한 전문가 행동 강령(Code of Professional Conduct for IBCLC) 및 직무 표준(Standards of Practice)에 중요하게 명시하고 있습니다.

불량한 문서 기록은 IBCLC에 대한 징계적 불만 제기의 근거가 될 수 있으며 징계 처분으로 이어질 수 있습니다.

참고자료

온타리오 간호사협회(2008년), 문서 기록, 2008년 개정(College of Nurses of Ontario (2008), Documentation, Revised 2008). (www.cno.org/publications)

브리티시컬럼비아 공인간호사협회(2007년), 간호 문서 기록(College of Registered Nurses of British Columbia (2007), Nursing Documentation). (www.crnbc.ca/NursingPractice/Requirements.aspx)

매니토바 공인간호사협회(2005년), 문서 기록직무표준(College of Registered Nurses of Manitoba (2005), Documentation Standards of Practice Application) (www.crnmb.ca)

메디-스마트 간호교육자원(2005년), 간호 문서 기록에서 해야 할 것과 하지 말아야 할 것(Medi-Smart Nursing Education Resources (2005), Do's and Don'ts of Nursing Documentation), www.medi-smart.com/documentation.htm에서 09년 4월 28일 검색

NSW 간호사 및 조산원 위원회 컨퍼런스 문서(2007년)(NSW Nurses & Midwives Board Conference papers (2007)) www.nswnurses.asn.au/multiattachments/15381/DocumentName/Documentation.pdf

서호주 간호사 및 조산원 위원회(2009년), 소비자 정보 관리 및 문서 기록 지침(Nurses & Midwives Board of Western Australia (2009), Management of Consumer Information and Documentation Guidelines) www.nmbwa.org.au