

بسمه تعالی

قابل توجه کلیه پرسنل بیمارستان قائم(عج)

با سلام

بدینوسیله پیرو تصمیمات تیم مدیریت رهبری ، کتابچه مستندات اعتبار بخشی مشتمل بر خط مشی ها و دستورالعمل ها و روش های اجرایی فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان قائم(عج) به شرح ذیل تصویب و ابلاغ گردید.

لذا ضروری است برابر سیاست های سازمان مربوطه ، کلیه پرسنل با آگاهی کامل از مفاد کتابچه ، آن را سرلوحه تمامی امور و جزئی از شرح وظایف خود قرار دهند.

دکتر محمود دریجانی

ریاست بیمارستان قائم (عج)





بیمارستان قائم (عج)

موضوع: کتابچه مستندات اعتباربخشی فناوری و مدیریت

اطلاعات سلامت

تهیه کنندگان: مسئول فناوری اطلاعات-مسئول بهبود کیفیت

تصویب کنندگان : اعضا کمیته مدیریت رهبری

تاریخ ویرایش : ۱۴۰۳/۰۳/۳

ابلاغ کننده : ریاست بیمارستان

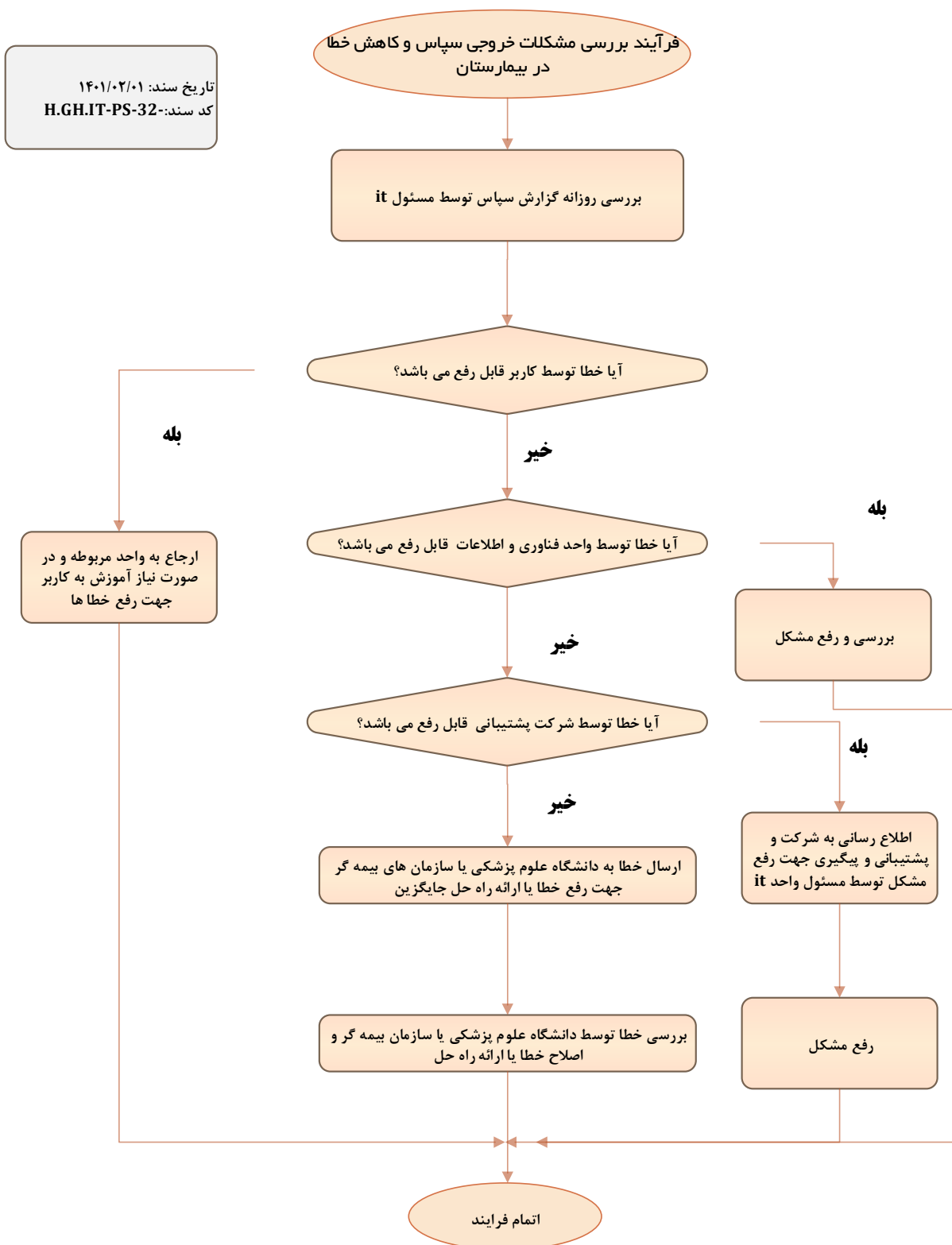
تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۴/۰۳/۳

فهرست

- فرآیند بررسی مشکلات خروجی سپاس و کاهش خطا..... ۴
- فرآیند بررسی پرونده های ارسالی به سپاس(بررسی با خانم ابراهیمی و جایگذاری)..... ۵
- فرآیند استحقاق سنجی بیمه ۵
- روش اجرایی کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی ۷
- دستورالعمل:ویرایش اطلاعات (تصحیح ،اضافه کردن و ثبت های تاخیری) ۸
- روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان..... ۱۰
- روش اجرایی پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری ۱۱
- روش اجرایی محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات ۱۳
- دستورالعمل: شرایط و معیار های دسترسی درون سازمانی ، برون سازمانی به اطلاعات بیمار ۱۵
- روش اجرایی کنترل و اصلاح موارد اختصاص شماره پرونده های متعدد به یک بیمار یا اختصاص یک شماره پرونده به چند بیمار ۱۸
- امحا پرونده های بیمارستانی..... ۱۹
- چک لیست ممیزی پرونده های پزشکی ۲۱
- روش اجرایی : بررسی کمی و کیفی و رفع نقص پرونده پزشکی حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص ۲۳
- خط مشی کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها /واحدها ۲۹
- فرآیند تعیین و تکلیف پرونده های مفقودی (لینک) ۳۲
- یکپارچه سازی کدینگ تشخیص ها و اقدامات پزشکی در پرونده الکترونیک سلامت(لینک)..... ۳۲
- دستورالعمل ساماندهی اسناد(لینک) ۳۵
- حروف اختصاری مجاز و چگونگی استفاده از آنان در مستندات به ویژه در پرونده بیمار و با در نظر گرفتن ایمنی وی ۲۵

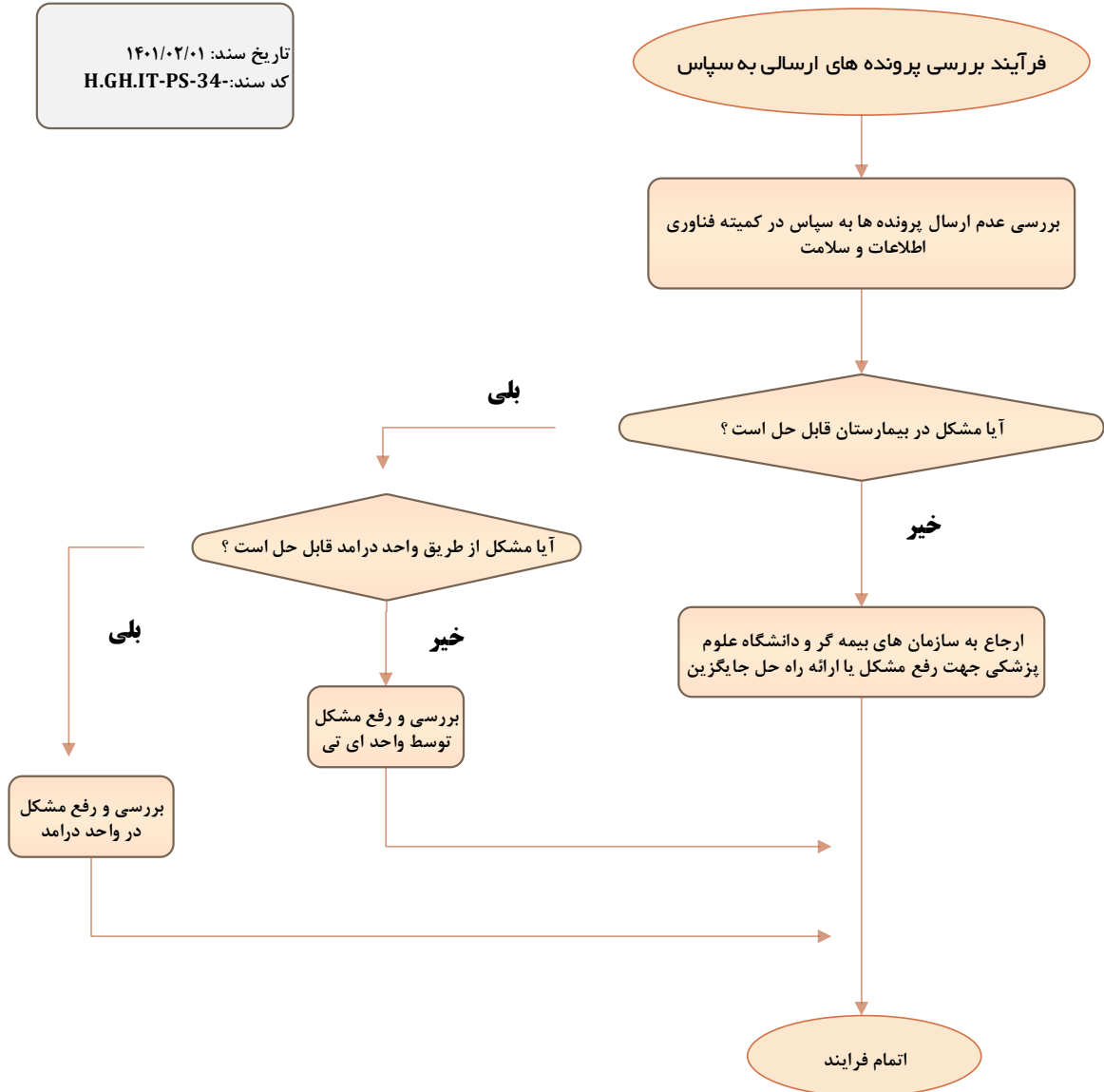
فرآیند بررسی مشکلات خروجی سپاس و کاهش خطا

تاریخ سند: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱
کد سند: H.GH.IT-PS-32



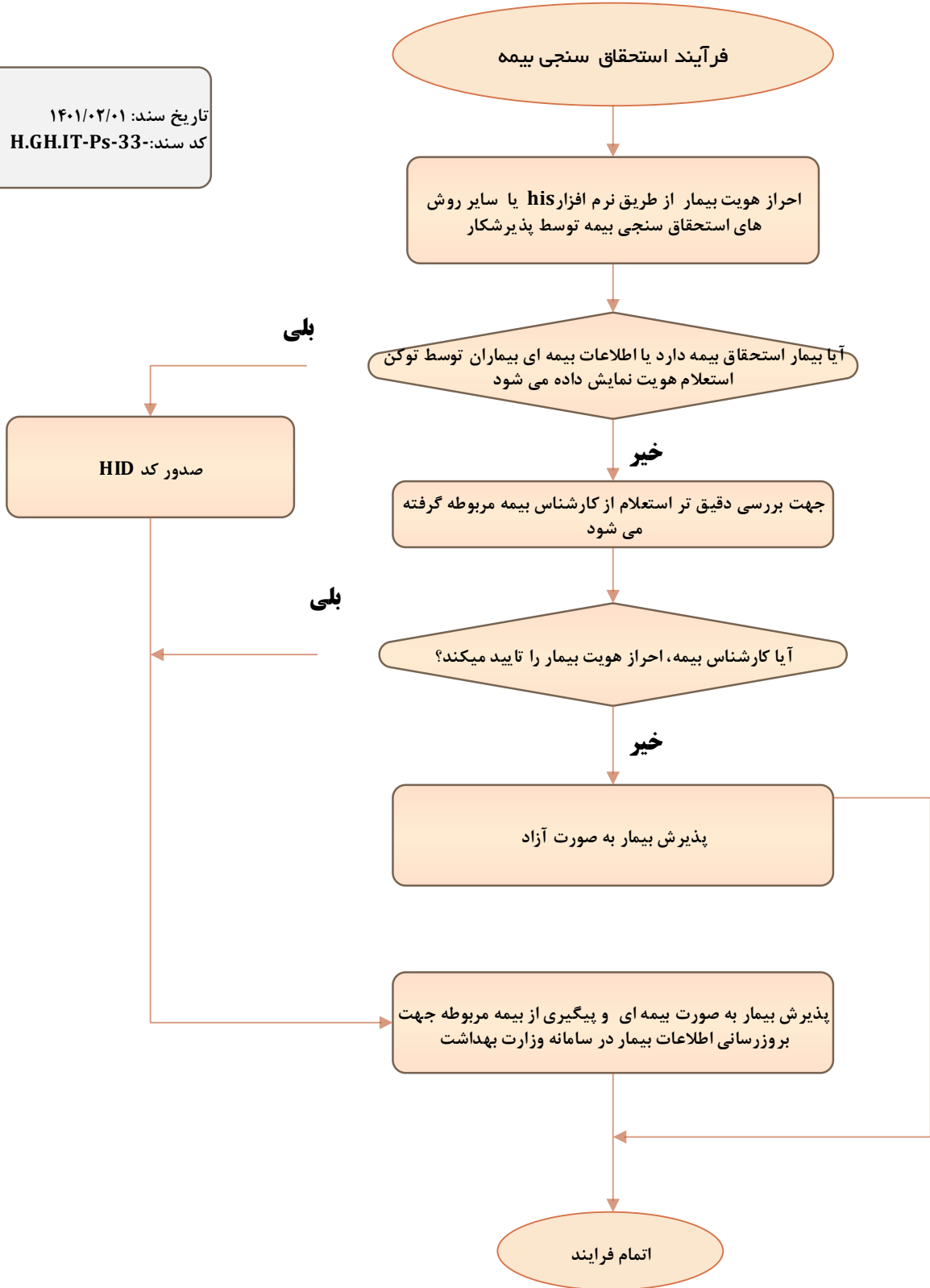
فرآیند بررسی پرونده های ارسالی به سپاس

تاریخ سند: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱
کد سند: H.GH.IT-PS-34



فرآیند استحقاق سنجی بیمه

تاریخ سند: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱
کد سند: H.GH.IT-Ps-33





عنوان روش اجرایی مدون : کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

دامنه روش اجرایی مدون: فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت - منشی

بخش

تاریخ تدوین: ۱۳۹۸/۰۷/۲۴

تعداد صفحه: ۱

کد روش اجرایی مدون: H.GH.IT-PR-22

روش اجرایی کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

هدف: اطمینان از ثبت داده صحیح در سامانه اطلاعات بیمارستان و جلوگیری از ثبت داده های خطا

تعاریف: MONGO-LOG: سامانه ردیابی داده های ثبت شده در سیستم

فرد پاسخگو: مسئول فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت

مخاطبین: واحد IT - واحد مدارک پزشکی - واحد درآمد

شیوه انجام کار:


- ۱- کمیته ی فناوری و اطلاعات سلامت، مسئولین کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان را تعیین میکند.
- ۲- مسئول اطلاعات سلامت چک لیست کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان را طراحی و به تأیید کمیته ی اطلاعات سلامت و فناوری میرساند.
- ۳- مسئول واحد مدارک پزشکی بروزرسانی و آموزش مداوم مسئولین کنترل صحت اطلاعات را انجام میدهد.
- ۴- بررسی و کنترل اطلاعات ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستان بصورت روزانه از طریق تکمیل چک لیست توسط مسئولین تعیین شده انجام می گیرد.
- ۵- مسئولین کنترل صحت داده ها، مشکلات موجود در چک لیست های تکمیل شده را بصورت جمع بندی شده و روزانه به واحد اطلاعات سلامت ارسال میکنند.
- ۶- مسئول واحد اطلاعات سلامت مشکلات جمع بندی شده را در کمیته ی فناوری اطلاعات سلامت مطرح میکند.
- ۷- کمیته ی اطلاعات سلامت از طریق همفکری اعضا اقدام به تصویب اقدام اصلاحی میکند و بر اجرای آن نظارت مستمر دارد.

۸- مسئول اطلاعات سلامت و فناوری دائما نسبت به آخرین ابلاغیه ها ی وزارت بهداشت آگاه میباشد و در صورت ابلاغیه جدید بلافاصله

اطلاع رسانی به واحد ها از طریق اتوماسیون اداری انجام میشود و بر اجرای صحیح نظارت مینماید.

۹- مسئول فناوری و اطلاعات سلامت ردیابی خطاهای کاربران در ثبت داده ها را از طریق سامانه ی MONGO-LOG پیگیری میکند.

منابع:قوانین بیمارستان و دستورالعمل وزارت بهداشت

عنوان دستورالعمل:ویرایش اطلاعات (تصحیح ،اضافه کردن و ثبت های تاخیری)		
تاریخ تدوین:۱۳۹۸/۰۷/۰۱	دامنه دستورالعمل : کلیه واحدها و بخش ها	
صفحه: ۱	کد دستورالعمل : H.GH.IT-INS-27	

دستورالعمل:ویرایش اطلاعات (تصحیح ،اضافه کردن و ثبت های تاخیری)

هدف :اطمینان از ورود صحیح و کامل داده ها به سیستم HIS بیمارستان می باشد

تعاریف :مسئولین مجاز برای کنترل داده های ثبت شده در سیستم HIS بیمارستان:متصدیان بخش ها،مسئول مدارک پزشکی ،مسئول پذیرش ، ترخیص و درآمد،مسئولین پاراکلینیک ها

گامهای دقیق انجام کار :

تصحیح:

۱- در صورتی که در ثبت پرونده پزشکی خطایی توسط کادر درمان رخ دهد باید جهت ایمنی بیمار خط روی موردی که اشتباه ثبت شده کشیده شود.

۲- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی با درج تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

۳- در حاشیه ی بالای فضای موجود علت خطا توضیح داده شود.

۴- اگر خطا در یادداشتهای تشریحی توسط کادر درمان اتفاق افتاده باشد باید اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس ثبت شود، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ارجاع گردد.

۵- هرگز نباید موردی که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با غلط گیر لاک گرفته شود و مورد صحیح روی آن نوشته شود.

۶- لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط مستند ساز ثبت و مهر و امضا گردد.

اضافه کردن

۱- اطلاعاتی که باید اضافه شود بایستی از طریق ضmann و ملحقات توسط کادر درمانی انجام شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

۲- تاریخ و زمان جاری مستند گردد و در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود ثبت شود.

ثبت داده های با تاخیر

۱- موارد تاخیری باید بدون وقفه و فاصله توسط کادر درمانی در اولین سطر و فضای موجود بعدی مستند شود(از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد)

۲- ثبت های جدید با عنوان ثبت تاخیری باید توسط مستند ساز مشخص گردد.

۳- جهت ایمنی بیمار تاریخ و زمان جاری ثبت و رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود توسط کادر درمانی مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.

۴- هرگونه موارد عدم تطابق در ثبت اشتباه داده ها یا عدم ثبت داده ها توسط افراد مجاز به کنترل داده ها در اسرع وقت به کارشناس HIS گزارش شود.

۵- ورود داده ها در هر واحد در سامانه HIS توسط انجام دهنده خدمت در هر شیفت ثبت گردد.

۶- داده های مربوط به بخش باید توسط منشی و پرستار قبل از اینکه بیمار در سامانه HIS به ترخیص انتقال داده شود ثبت شود.

۷- کارشناس HIS باید موارد عدم تطابق ثبت داده ها را به دقت و به صورت هفتگی کنترل کند.

۸- جمع بندی موارد عدم تطابق در کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات سلامت باید توسط مدیر اطلاعات سلامت بصورت ماهانه گزارش شود.

۹- در صورت هر گونه تغییر در تعرفه داروها، هزینه ی ارائه خدمت و یا پاراکلینیک تغییرات لازم باید توسط کارشناس HIS انجام گیرد.

منابع / مراجع: استانداردهای اعتباربخشی ملی-قوانین بیمارستان



عنوان روش اجرایی مدون: نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان

دامنه روش اجرایی مدون: واحد فناوری اطلاعات

تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۸/۰۱

کد روش اجرایی مدون: H.GH:IT-NC-16

تعداد صفحه: ۲

روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان

هدف: جلوگیری از دست رفتن داده ها و یا ایجاد خسارت به اطلاعات

تعاریف **Back up**: نسخه پشتیبانی که از اطلاعات وارد شده به سیستم گرفته می شود.

سرور: سیستمی جامع و کامل که همه سیستم های بیمارستان به آن وصل بوده و همه اطلاعات، داخل آن ذخیره می شود.

مسئولیت ها و اختیارات:

مسئول واحد فناوری اطلاعات

شیوه انجام کار:

۱- پشتیبان گیری خودکار هر روز ساعت ۰۰:۱۰ بامداد از کل دیتابیس HIS توسط نرم افزار SQL انجام می گیرد.

۲- انتقال نسخه پشتیبان از سیستم سرور به سیستم دیگر توسط مسئول فناوری اطلاعات در صبح روز بعد انجام میشود.

۳- مسئول فناوری اطلاعات، نسخه پشتیبان که روی سیستم دیگر ذخیره شده است را به صورت روزانه بر روی هارد اکسترنال Copy مینماید.

۴- مسئول فناوری اطلاعات نسخه پشتیبان را هر هفته بر روی DVD/هارد اکسترنال رایت میکند.

۵- مسئول فناوری اطلاعات هر هفته یک نسخه از فایل پشتیبان را بر روی هارد اکسترنال (ریاست) کپی میکند که بیرون از بیمارستان در مکانی ایمن توسط ریاست نگهداری می شود.

۶- مسئول فناوری اطلاعات بعد از ورود هر کلاینت به شبکه بیمارستان، آنتی ویروس روی آن نصب و IP کلاینت را در سرور آنتی ویروس تعریف می نماید.

۷- مسئول فناوری اطلاعات از عدم اتصال مستقیم سرورهای سامانه های بیمارستان به اینترنت اطمینان حاصل مینماید.

۸- مسئول فناوری اطلاعات جهت اتصال شرکت های پشتیبان به سرور های بیمارستان از کلاینت تحت اختیار خود استفاده مینماید.

۹- مسئول واحد فناوری اطلاعات نصب سیستم عامل، نصب نرم افزارهای کاربردی، تولید و ساخت گزارشات آماری، پشتیبانی و نگهداری از موتورهای پایگاه داده، نرم افزارهای آماری را انجام میدهد.

۱۰- مسئول فناوری اطلاعات درخواست تأییدیه ی موارد خود را به واحد انفورماتیک دانشگاه علوم پزشکی ارسال مینماید.


۱۱- نماینده ی دانشگاه در تاریخ مشخص جهت بازدید از برنامه زمانبندی خودکار بکاپ ، کپی خودکار نسخه بکاپ ، صحت نسخه بکاپ ، آنتی ویروس لایسنس دار و عدم اتصال به اینترنت سرور به صورت حضوری به بیمارستان مراجعه مینماید و سپس در صورت تأیید، نامه ای در این خصوص به بیمارستان ارسال میکند.

منابع ، امکانات و کارکنان :

نرم افزارهای موردنیاز در واحد فناوری اطلاعات، سیستم HIS/مسئول واحد فناوری اطلاعات، آموزش های لازم

مستندات مرتبط : مشاهده سیستم HIS و سرور پشتیبان

منابع / مراجع : تجربه های بیمارستان -استاندارد ها و راهنمای اعتباربخشی ملی

عنوان روش اجرایی مدون : پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری		
تاریخ تدوین: ۱۳۹۸/۸/۱۶	تعداد صفحه: ۱	دامنه روش اجرایی مدون: مدیریت فناوری اطلاعات کد روش اجرایی: H.GH.IT-NC-15

روش اجرایی پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری

هدف: نگهداشت مناسب سیستم های سخت افزاری موجود در بیمارستان و جلوگیری از دست رفتن داده ها و یا ایجاد خسارت به اطلاعات و

سخت افزارها

فرد پاسخگو : مسئول IT

شیوه انجام کار :

- ۱- مرکز فناوری اطلاعات بیمارستان در راستای رسالت و اهداف مشخص از پیش تعیین شده بر تمامی امکانات و تجهیزات رایانه ای بیمارستان از مرحله خرید، نصب، اجراء، تا پشتیبانی نظارت کامل دارد.
- ۲- مسئول فناوری اطلاعات بیمارستان نیاز سنجی سیستم های سخت افزاری و رسیدگی به این درخواست ها، کارشناسی نوع سخت افزار، سرویس و تعمیر سخت افزار کامپیوتر، سرویس پرینتر و کارهای مربوطه را انجام میدهد.
- ۳- کارکنان بخش/ واحدها در صورت بروز مشکل در سیستم های سخت افزاری، موضوع را به اطلاع مسئول فناوری اطلاعات می رسانند.
- ۴- مسئول فناوری اطلاعات در اسرع وقت نسبت به رفع نواقص اقدام می نماید و در صورت نیاز به قطعه سخت افزاری و تعویض آن، نسبت به درخواست خرید یا درخواست کالا از انبار اقدام می نماید.
- ۵- مسئول فناوری اطلاعات در صورت نیاز، با شرکت های ارائه دهنده سخت افزار به منظور پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری ارتباط برقرار می نماید و در صورت لزوم درخواست می نماید تا با مراجعه حضوری به بیمارستان نسبت به رفع نواقص اقدام نمایند.
- ۶- مسئول فناوری اطلاعات در صورت نیاز روش صحیح استفاده از سخت افزار موجود بیمارستان را به افراد متقاضی آموزش می دهد.
- ۷- مسئول فناوری اطلاعات آموزش های پرسنلی را از روش های مختلف اعم از آموزش های بدو ورود، آموزش های چهره به چهره ضمن خدمت، کلاس های آموزشی از پیش تعیین شده، ارائه میدهد.
- ۸- مسئول فناوری اطلاعات نگهداری شبکه و رفع نقص را با بررسی و بازدید هفتگی سرور و رکها مطابق چک لیست تأیید شده بشماره سند های H.GH:IT-NC-07 و H.GH:IT-NC-09 توسط کمیته ی فناوری اطلاعات سلامت انجام می دهد.
- ۹- مسئول واحد فناوری اطلاعات بصورت فصلی اقدام به سرویس دوره ای رایانه های واحدهای مستقر در مرکز، مطابق با چک لیست شماره H.GH:IT-NC-08 می نماید .
- ۱۰- مسئول واحد فناوری اطلاعات سوابق فرایندهای ارتقا و تعمیرات سخت افزاری و درخواست های خروجی برای تعمیرات به خارج از بیمارستان را نگهداری میکند.

منابع : قوانین بیمارستان/استانداردهای اعتبار بخشی

دامنه روش اجرایی مدون: بخش های اداری - درمانی - پاراکلینیک

تاریخ تدوین: ۱۳۹۸/۸/۱۶

کد روش اجرایی مدون: HGHI T-NC-۰۹

تعداد صفحه: ۱

روش اجرایی محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات

هدف: پایه گذاری، پیاده سازی، بهره برداری، نظارت، بازبینی، نگهداری و بهبود امنیت اطلاعات می باشد که نقش موثری در تصمیم گیری های مدیریتی مدیران سیستم همچنین ادامه درمان بیماران، ارتباط اطلاعاتی بین پزشکان و دیگر کارکنان، جهت پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کارکنان مسئول وداده های اطلاعاتی مناسب در روند محاسبه هزینه های درمانی بیماران

فرد پاسخگو: پرسنل واحد آمار و مدارک پزشکی، صندوق، حسابداری و مسئول IT

شیوه انجام کار:

- ۱- راه اندازی سیستم HIS بیمارستانی توسط مسئول HIS انجام میشود.
- ۲- تهیه نسخه پشتیبان بصورت روزانه برای جلوگیری از پیامدهای ناگوار حوادث عمدی و غیرعمدی توسط مسئول HIS انجام میشود.
- ۳- نگهداری پرونده پزشکی کامل و دقیق بیماران به صورت کاغذی در بایگانی به روش شماره گذاری یکسان مراجعه توسط متصدی بایگانی انجام میشود.
- ۴- تجهیز امکانات کپسول آتش نشانی و سیستم اطفاء حریق در مواقع غیر قابل پیش بینی توسط مسئول تاسیسات انجام میشود.
- ۵- تمامی پرسنل در بدو ورود به بیمارستان پس از احراز هویت و تأیید صلاحیت به واحد فناوری اطلاعات ارجاع داده میشوند.
- ۶- مسئول واحد فناوری اطلاعات پس از دریافت تأییدیه ی مدیریت نسبت به آموزش کاربران و سطوح دسترسی آنها اقدام مینماید.
- ۷- مسئول واحد فناوری اطلاعات نسبت به اختصاص کد کاربری و رمز عبور برای کارکنان مجاز اقدام میکند
- ۸- میزان دسترسی پرسنل به سطوح مختلف اطلاعات بیمارستانی توسط مدیر داخلی و مسئول فناوری اطلاعات سلامت تعیین میشود..
- ۹- غیرفعال کردن نام کاربری و رمز عبور در کاربرانی که به هردلیلی با سیستم ارتباط ندارند توسط مسئول HIS انجام میشود.
- ۱۰- کاربران بعد از هر بار استفاده و اتمام کار حتما از برنامه خارج میشوند.

۱۱- کاربران جهت جلوگیری از دسترسی غیرمجاز سایر افراد ، نام کاربری و رمز عبور خود را به صورت دوره ای باید تغییر دهند.

۱۲- نصب آنتی ویروس روی کلاینت های بیمارستان توسط مسئول IT انجام میشود.

تسهیلات و امکانات:

کامپیوتر ، نسخه HIS خریداری شده از شرکت، هارد اکسترنال جهت پشتیبان گیری و ذخیره، آنتی ویروس، کپسول آتش نشانی، سیستم

اتفاء حریق، فضای مناسب جهت بایگانی، قفسه ریلی

منابع : قوانین بیمارستان-استانداردهای اعتباربخشی ملی



عنوان دستورالعمل: شرایط و معیار های دسترسی درون سازمانی ، برون سازمانی به اطلاعات بیمار

دامنه دستورالعمل : کلیه واحدها و بخش ها

تاریخ تدوین: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

کد دستورالعمل : H.GH:IT-NC-13

صفحه: ۲

دستورالعمل: شرایط و معیار های دسترسی درون سازمانی ، برون سازمانی به اطلاعات بیمار

هدف: حفظ و نگهداری پرونده پزشکی، ارائه اطلاعات کامل، معتبر، مناسب، کافی و به موقع برای کلیه ذینفعان ارائه کننده و گیرنده خدمت و سازمانهای بیمه گر و نهاد های قانونی می باشد

تعاریف: کلیه عبارات این سند گویا است و نیاز به تعریف ندارد.

افراد مجاز به دریافت پرونده : مسئول دفتر (درخواست هخای ریاست و مدیر داخلی)- سمیه سعیدی (درخواست های واحد حسابداری)درآمد(مسئول درآمد)

پزشکان معالج (متصدی بخش)

ولی بیمار : پدر یا جد پدری

گامهای دقیق انجام کار :

۱- پزشکان معالج جهت دسترسی به پرونده قبلی بیمار باید درخواست سیستمی یا فرم درخواست را تکمیل و توسط متصدی بخش به واحد مدارک پزشکی ارسال نمایند

۲- بررسی پرونده بیمار توسط مسئول مدارک پزشکی و تأیید درخواست سپس ثبت در دفتر کنترل اسناد و اعلام زمان عودت حداکثر تا زمان ترخیص بیمار که متصدی بخش باید پرونده را عودت دهد

۳- پزشکان مشاور هم جهت دریافت پرونده قبلی بیمار باید درخواست خود را از طریق سیستم و یا تکمیل فرم درخواست را از طریق متصدی بخش به واحد مدارک پزشکی ارسال کند

۴- متصدی بخش پس از اطلاع به مدارک پزشکی یا حضور با فرم تکمیل شده توسط پزشک درخواست را اطلاع می دهد

۵- مسئول مدارک پزشکی پرونده را در دفتر ثبت خروج پرونده ثبت و پس از امضاء تحویل گیرنده تحویل می نماید متصدی بخش باید پرونده را پس از پایان مشاوره به مدارک پزشکی عودت دهد


- ۶- پزشکان آنکال یا مقیم بیمارستان جهت دریافت پرونده قبلی بیمار باید درخواست خود را سیستمی یا تکمیل فرم کاغذی درخواست توسط متصدی بخش به مدارک پزشکی ارسال نماید
- ۷- مسئول مدارک پزشکی پرونده را بررسی و ثبت در دفتر کنترل خروج پرونده تحویل متصدی بخش می نماید. متصدی بخش موظف است تا پایان همان شیفت کاری پرونده را به مدارک پزشکی عودت دهد
- ۸- رئیس بیمارستان جهت دریافت پرونده قبلی باید درخواست خود را سیستمی یا تکمیل فرم درخواست کاغذی توسط مسئول دفتر ارسال نمایند
- ۹- مسئول مدارک پزشکی پس از ثبت پرونده در دفتر خروج پرونده آن را به مسئول دفتر تحویل و مسئول دفتر موظف است ظرف ۲۴ ساعت پرونده را به مدارک پزشکی عودت دهد
- ۱۰- مدیر پرستاری جهت دریافت پرونده قبلی بیمار باید درخواست سیستمی یا تکمیل فرم کاغذی را به تائید ریاست رسانده و سپس به مدارک پزشکی ارسال نماید
- ۱۱- مسئول مدارک پزشکی پس از بررسی پرونده و روئیت تائید ریاست پرونده را در دفتر کنترل خروج پرونده ثبت و امضای مدیرپرستاری تحویل مینماید
- ۱۲- کمیته های بیمارستانی (مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج - عفونت و سایر کمیته ها) باید فرم درخواست را تکمیل همچنین ذکر علت درخواست را بیان کنند و پس از تائید ریاست به واحد مدارک پزشکی تحویل نمایند
- ۱۳- مسئول مدارک پزشکی کپی برابر با اصل پرونده درخواستی را تهیه و به دبیر کمیته تحویل می دهد
- ۱۴- وکیل حقوقی بیمارستان نیز جهت دریافت پرونده باید فرم درخواست را تکمیل و علت درخواست را بیان و پس از تائید ریاست به مدارک پزشکی تحویل نماید
- ۱۵- مسئول مدارک پزشکی کپی برابر با اصل پرونده را پس از روئیت فرم تائید شده ریاست به کارشناس حقوق تحویل می دهد
- ۱۶- مدیر امورمالی در صورت درخواست پرونده باید فرم کاغذی درخواست را تکمیل و ذکر علت درخواست را بیان میکند و سپس به تائید ریاست برساند و سپس به واحد مدارک پزشکی ارسال کند
- ۱۷- مسئول مدارک پزشکی پس از روئیت تائید ریاست گزارش یا لیست اطلاعات درخواستی را تحویل مدیر مالی می نماید
- ۱۸- در صورت درخواست کپی پرونده با نامه رسمی از سازمانهای ذیصلاح باید درخواست به تائید ریاست رسانده شود
- ۱۹- مسئول مدارک پزشکی پس از روئیت تائید ریاست فرد را اهراز هویت می کند (داشتن کارت شناسایی و در مواردی که مراجعه حضوری بیمار ممکن نباشد ولی بیماریا نماینده قانونی)

- ۲۰- مسئول مدارک پزشکی کپی برابر اصل پرونده تهیه با نامه رسمی و ذکر تعداد برگه ها ،نامه پاسخ را جهت تائید به ریاست و دریافت شماره به دبیرخانه ارسال می کند
- ۲۱- مسئول مدارک پزشکی پس از تائید نامه پاسخ و داشتن شماره داخل پاکت دربسته و ممهور به مهر محرمانه و پس از اخذ رسید تحویل می گردد
- ۲۲- کارشناسان مقیم سازمانهای بیمه دسترسی به اصل پرونده را جهت بررسی و تائید بیمه بیمار درمحل بیمارستان و ترجیحا در بخش های بالینی مربوطه را دارند و باید پس از پایان بررسی و تائید پرونده را تحویل دهند
- ۲۳- سازمانهای بیمه گر جهت بازپرداخت و دریافت غرامت دستمزد(از کار افتادگی) باید نامه رسمی ارسال و سپس به تائید ریاست رسانده شود
- ۲۴- مسئول مدارک پزشکی پس از روئیت تائید ریاست، کپی برابر اصل پرونده تهیه با نامه رسمی و ذکر تعداد برگه ها ،نامه پاسخ را جهت تائید به ریاست و دریافت شماره به دبیرخانه ارسال می کند
- ۲۵- مسئول مدارک پزشکی پس از تائید نامه پاسخ و داشتن شماره داخل پاکت دربسته و ممهور به مهر محرمانه و پس از اخذ رسید تحویل نماینده سازمان بیمه گر می گردد
- ۲۶- بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات ،جهت دسترسی به اصل پرونده باید دارای معرفی نامه از مقام مافوق یا برگ ماموریت باشندو مطالعه اصل پرونده در محل بیمارستان می باشد که پس از پایان مطالعه و بررسی باید پرونده را عودت دهد
- ۲۷- بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات ،جهت دسترسی به کپی پرونده باید دارای نامه رسمی و تائید ریاست بیمارستان باشند
- ۲۸- مسئول مدارک پزشکی پس از روئیت تائید ریاست، کپی برابر اصل پرونده تهیه با نامه رسمی و ذکر تعداد برگه ها ،نامه پاسخ را جهت تائید به ریاست و دریافت شماره به دبیرخانه ارسال می کند
- ۲۹- مسئول مدارک پزشکی پس از تائید نامه پاسخ و داشتن شماره داخل پاکت دربسته و ممهور به مهر محرمانه و پس از اخذ رسید تحویل نماینده سازمان بیمه گر می گردد
- ۳۰- بیمارستان ها و مرکز درمانی جهت ادامه درمان بیمار باید با نامه رسمی از مرکز درمانی و اجازه نامه کتبی بیمار مراجعه کنند
- ۳۱- مسئول مدارک پزشکی کپی برابر اصل پرونده تهیه با نامه رسمی و ذکر تعداد برگه ها ،نامه پاسخ را جهت تائید به ریاست و دریافت شماره به دبیرخانه ارسال می کند

۳۲- مسئول مدارک پزشکی پس از تأیید نامه پاسخ و داشتن شماره داخل پاکت در بسته و ممه‌ور به مهر محرمانه و پس از اخذ رسید

تحویل می‌گردد

منابع/ مراجع: استانداردهای اعتباربخشی ملی و قوانین بیمارستان

	عنوان روش اجرایی مدون: کنترل و اصلاح موارد اختصاص شماره پرونده‌های متعدد به یک بیمار یا اختصاص یک شماره پرونده به چند بیمار
تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۲/۳۰ تعداد صفحه: 1	دامنه روش اجرایی مدون: واحد فناوری اطلاعات کد روش اجرایی مدون: H.GH:IT-NC-37

روش اجرایی کنترل و اصلاح موارد اختصاص شماره پرونده‌های متعدد به یک بیمار یا اختصاص یک

شماره پرونده به چند بیمار

هدف: اطمینان از ثبت صحیح داده‌ها در خصوص کنترل و اصلاح موارد اختصاص شماره پرونده‌های متعدد به یک بیمار

تعاریف: HIS: سامانه اطلاعات بیمارستانی

مسئولیت‌ها و اختیارات: مسئول واحد فناوری اطلاعات

شیوه انجام کار:

- ۱- بررسی روزانه پذیرش‌ها توسط کارشناس واحد اسناد پزشکی انجام میشود.
- ۲- ارسال گزارش روزانه واحد اسناد پزشکی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت در خصوص پرونده‌هایی که به ازای یک شماره ملی چند شماره پرونده ثبت شده است و دچار مشکل میباشد.
- ۳- مسئول فناوری اطلاعات روزانه گزارش‌های ارسالی را بررسی و پرونده‌هایی که دارای خطا میباشد را اصلاح مینماید
- ۴- مسئول فناوری اطلاعات پس از اصلاح شماره پرونده شماره پرونده‌های تغییر یافته به واحد اسناد پزشکی و درآمد اعلام مینماید
- ۵- اصلاح شماره پرونده در پرونده فیزیکی توسط مسئول اسناد پزشکی یا مسئول درآمد انجام میگردد.

۶- مسئول فناوری اطلاعات آموزش های پرسنلی را از روش های مختلف اعم از آموزش های بدو ورود، آموزش های چهره به چهره ضمن خدمت، کلاس های آموزشی از پیش تعیین شده، ارائه میدهد.

منابع ، امکانات و کارکنان :

نرم افزارهای موردنیاز در واحد فناوری اطلاعات، سیستم HIS/مسئول واحد فناوری اطلاعات،

منابع / مراجع :

تجربه های بیمارستان-استاندارد ها و راهنمای اعتباربخشی ملی دوره پنجم

مستندات مرتبط : مشاهده سیستم HIS و گزارشات اتوماسیو امحا پرونده های بیمارستان

امحا پرنده هاي بیمارستانی

سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران

فهرست مجوزهای مصوب شورا

معاونت اسناد ملی

نام دستگاه: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان)

اداره کل شناسایی و فراهم آوری اسناد ملی

فرم (۱۱/۱۱/ش/ت/۹۱)

ردیف	عنوان اسناد راكد	رأی شورا	جدول زمانی مصوب	شناسه مجوز	تاریخ / شماره جلسه شورا
۱	پرونده های بیماران بستری تصادفی	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحاء موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بستری بیمار و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۲ / ۴۸۶۹	۲۸۰ ۱۳۹۱/۱۲/۵
۲	پرونده بیماران بستری زیر ۱۸ سال بیمارستانهای سراسر کشور	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحاء موافقت می شود	۱۰ سال پس از رسیدن به سن قانونی (۱۸سال) و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۳ / ۴۸۷۰	"
۳	پرونده بیماران بستری مربوط به موارد نزاع، خودکشی، تجاوز، مسمومیت و تمامی آسیب های عمدی	در صورت ثبت در رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحاء موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۴ / ۴۸۷۱	"
۴	پرونده های بیماران بستری بیماریهای نوظهور مانند بیماران مبتلا به ایدز و HIV مثبت	در صورت ثبت در رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحاء موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۵ / ۴۸۷۲	"
۵	پرونده بیماران بستری مربوط به بیماریهای شغلی و افراد حادثه دیده در حین کار	در صورت ثبت در رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحاء موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۶ / ۴۸۷۳	"
<p>فهرست مجوزهای مصوب یاد شده با مصوبات شورا مطابقت دارد. نام و نام خانوادگی: غلامرضا عزیزی پست سازمانی: معاون اسناد ملی و دبیر شورا تاریخ: ۱۳۹۱ / ۱۲ / ۸ امضاء:</p>					

سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران

فهرست مجوزهای مصوب شورا

معاونت اسناد ملی

نام دستگاه: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان)

اداره کل شناسایی و فراهم آوری اسناد ملی

فرم (۱۱/۱۱/ش/ت/۹۱)

ردیف	عنوان اسناد راكد	رأی شورا	جدول زمانی مصوب	شناسه مجوز	تاریخ / شماره جلسه شورا
۶	پرونده بیماران بستری فوتی مربوط به بیماریهای شغلی و افراد حادثه دیده در حین کار	در صورت ثبت در رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحاء موافقت می شود	۱۰ سال پس از فوت بیمار و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۷ / ۴۸۷۴	۲۸۰ ۱۳۹۱/۱۲/۵
۷	پرونده های اورژانسی سرپایی موارد خاص قانونی	با امحاء موافقت می شود	۵ سال پس از آخرین مراجعه و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۸ / ۴۸۷۵	"
۸	پرونده بیماران بستری بالای ۱۸ سال بیمارستانهای سراسر کشور (عادی)	با امحاء موافقت می شود	۱۰ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۰۹ / ۴۸۷۶	"
۹	پرونده بیماران بستری فوت شده زیر ۱۸ سال	مدت نگهداری ۸ سال پس از فوت و با امحاء موافقت می شود	۸ سال پس از فوت و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۱۰ / ۴۸۷۷	"
۱۰	پرونده بیماران بستری فوت شده بالای ۱۸ سال (عادی)	مدت نگهداری ۱۰ سال پس از فوت و با امحاء موافقت می شود	۱۰ سال پس از فوت و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۱۱ / ۴۸۷۸	"
۱۱	پرونده های بستری فوتی بیماریهای نوظهور مانند بیماران مبتلا به ایدز و HIV مثبت	با امحاء موافقت می شود	۱۰ سال پس از فوت بیمار و خلاصه برداری پرونده	۳۶ / ۱۱۲ / ۴۸۷۹	"
<p>فهرست مجوزهای مصوب یاد شده با مصوبات شورا مطابقت دارد. نام و نام خانوادگی: غلامرضا عزیزی پست سازمانی: معاون اسناد ملی و دبیر شورا تاریخ: ۱۳۹۱ / ۱۲ / ۸ امضاء:</p>					



عنوان روش اجرایی : بررسی کمی و کیفی و رفع نقص پرونده پزشکی حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص

دامنه کاربرد روش اجرایی: کلیه بیمارستان

تاریخ تدوین : ۱۴۰۰/۰۸/۰۱

صفحه: ۱

کد روش اجرایی:

روش اجرایی : بررسی کمی و کیفی و رفع نقص پرونده پزشکی حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص

هدف : یکسان سازی روش های کنترل و رفع نقص و تکمیل پرونده های پزشکی ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص

تعاریف : پرونده ای که فاقد اوراق و اطلاعات لازم باشد، ناقص نامیده می شود که قبل از تحویل به بایگانی مدارک پزشکی مورد تحلیل و بررسی کمی از لحاظ تعداد اوراق و ثبت کامل مستندات مورد بررسی قرار می گیرد . طبق استاندارد های اعتبار بخشی بیمارستان ها مدت زمان نگهداری پرونده ناقص ۱۴ روز می باشد که پس از این مدت باید نواقص برطرف شود

شیوه انجام کار :

- ۱- متصدی بخش ،قبل از ترخیص بیمار پرونده پزشکی را در بخش بر اساس چک لیست ممیزی کنترل و در صورت داشتن نقص قابل رفع ،اقدام می کند
- ۲- متصدی بخش قبل از ترخیص تعداد اوراق و نواقص پرونده را در برگه چک لیست ثبت و سپس به مسئول پذیرش(مسئول ارزیابی پرونده قبل از ترخیص)تحویل می دهد و بیمار مرخص می گردد
- ۳- متصدی بخش پس از ترخیص به واحد ترخیص مراجعه و در صورت داشتن پرونده ناقص، اقدام به رفع آن می کند
- ۴- متصدی بخش موظف است در طی مدت ۱۴ روز پس از ترخیص،اقدام به رفع نواقص نماید
- ۵- متصدی بخش پرونده بیمار را پس از رفع نقص تحویل واحد درآمد می نماید
- ۶- مسئول مدارک پزشکی پرونده را بازبینی کرده و با چک لیست الصافی به پرونده مجددا کنترل نموده در صورت تکمیل بودن چک لیست را امضاء و در صورتیکه ناقص باشد به متصدی پس داده تا رفع نقص نماید و در نهایت کامل تحویل اسناد نماید

فرد پاسخگو :مسئول اسناد پزشکی

ناظر و نحوه ی نظارت بر حسن اجرای روش اجرایی:مسئول فناوری اطلاعات

عنوان دستورالعمل: دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۸/۰۱	دامنه: کلیه بخش های بستری و درمانی
تعداد صفحه: ۱	کد: H.GH:NO-CL-87

دستورالعمل دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

هدف: ارتقا ایمنی بیمار

تعاریف: دستور شفاهی، دستوری که به صورت تلفنی و بدون ثبت در پرونده توسط پزشک معالج، جهت نجات جان بیمار داده می شود

گامهای دقیق انجام کار:

- ۱- پرستار مسئول باید بررسی و ارزیابی بیمار نیازمند به اقدام فوری را انجام دهد.
- ۲- پرستار مسئول باید شرح حال کاملی از بیمار تهیه کند.
- ۳- پرستار مسئول باید با پزشک معالج تماس گرفته ضمن اینکه پرونده بیمار در دسترس پرستار است تا بتواند پاسخگوی سوالات احتمالی پزشک باشد.
- ۴- پزشک باید بعد از شناسایی کامل بیمار خود، دستور شفاهی را اعلام کند.
- ۵- پرستار مسئول بیمار باید در تبادلات اطلاعات با پزشک و یا پرستار از روش WRITE – REPEAT BACK – CLOSE THE IOOP – READ BACK – DOWN استفاده کند و با حضور پرستار دیگر پایان دستورات اخذ شده را خط بکشد.
- ۶- پرستار مسئول بیمار باید برای تبادل اطلاعات کامل و جامع و دقیق از روشهای ساختارمند مانند SBAR استفاده کند.
- ۷- در هنگام تماس با پزشک باید حتما پرستار دیگری جهت تایید کردن دستور حضور داشته باشد.
- ۸- پرستار مسئول موظف است تمام دستورات تلفنی پزشک را بلند اعلام کند تا هم پزشک آنها را تایید کند و هم پرستار دیگر آنها را شنیده و تایید نماید.
- ۹- تمامی دستورات به همراه تاریخ، ساعت و نام پرستار و پزشک معالج در برگ دستورات نوشته و توسط دو پرستار مهر و امضا شود.
- ۱۰- در صورتی که دستورات پرخطر و حاد باشد باید به اطلاع سوپروایزر رسانده شود و به امضا ایشان نیز برسد.
- ۱۱- پس از اینکه در اولین فرصت پزشک بر بالین بیمار حاضر شد باید دستورات خود را با امضای تایید نماید.

منابع/مراجع: دستورالعمل مستند سازی- استانداردهای اعتباربخشی ملی

تهیه کنندگان :	نام و نام خانوادگی :	سمت:	امضاء :
	دکتر محمود دریجانی	مسئول ایمنی	
	اشرف فرخی	سوپروایزر	
	پروانه امیر خسروی	سوپروایزر	
	اسما پندار	مسئول بخش	
	مهناز قنبر مالکی	مترون	
	ساناز شعبانی	مسئول مدارک پزشکی	
	مهناز قنبر مالکی	مترون	
تأیید کننده :	دکتر محمود دریجانی	ریاست بیمارستان	
تصویب کننده :			

عنوان دستورالعمل: ویرایش اطلاعات (تصحیح ، اضافه کردن و ثبت های تاخیری)

دامنه دستورالعمل : کلیه واحدها و بخش ها	تاریخ تدوین: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱
کد دستورالعمل : H.GH.IT-INS-27	صفحه : ۱

دستورالعمل: ویرایش اطلاعات (تصحیح ، اضافه کردن و ثبت های تاخیری)

هدف : اطمینان از ورود صحیح و کامل داده ها به سیستم HIS بیمارستان می باشد

تعاریف : مسئولین مجاز برای کنترل داده های ثبت شده در سیستم HIS بیمارستان: متصدیان بخش ها، مسئول مدارک پزشکی ، مسئول پذیرش ، ترخیص و درآمد، مسئولین پاراکلینیک ها

گامهای دقیق انجام کار :

تصحیح

۷- در صورتی که در ثبت پرونده پزشکی خطایی توسط کادر درمان رخ دهد باید جهت ایمنی بیمار خط روی موردی که اشتباه ثبت شده کشیده شود.

- ۸- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی با درج تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.
- ۹- در حاشیه ی بالای فضای موجود علت خطا توضیح داده شود.
- ۱۰- اگر خطا در یادداشتهای تشریحی توسط کادر درمان اتفاق افتاده باشد باید اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس ثبت شود، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ارجاع گردد.
- ۱۱- هرگز نباید موردی که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با غلط گیر لاک گرفته شود و مورد صحیح روی آن نوشته شود.
- ۱۲- لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط مستند ساز ثبت و مهر و امضا گردد.

اضافه کردن

- ۳- اطلاعاتی که باید اضافه شود بایستی از طریق ضمائم و ملحقات توسط کادر درمانی انجام شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.
- ۴- تاریخ و زمان جاری مستند گردد و در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود ثبت شود.

ثبت داده های با تاخیر

- ۱۰- موارد تاخیری باید بدون وقفه و فاصله توسط کادر درمانی در اولین سطر و فضای موجود بعدی مستند شود(از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد)
- ۱۱- ثبت های جدید با عنوان ثبت تاخیری باید توسط مستند ساز مشخص گردد.
- ۱۲- جهت ایمنی بیمار تاریخ و زمان جاری ثبت و رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود توسط کادر درمانی مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- ۱۳- هرگونه موارد عدم تطابق در ثبت اشتباه داده ها یا عدم ثبت داده ها توسط افراد مجاز به کنترل داده ها در اسرع وقت به کارشناس HIS گزارش شود.
- ۱۴- ورود داده ها در هر واحد در سامانه HIS توسط انجام دهنده خدمت در هر شیفت ثبت گردد.
- ۱۵- داده های مربوط به بخش باید توسط منشی و پرستار قبل از اینکه بیمار در سامانه HIS به ترخیص انتقال داده شود ثبت شود.
- ۱۶- کارشناس HIS باید موارد عدم تطابق ثبت داده ها را به دقت و به صورت هفتگی کنترل کند.
- ۱۷- جمع بندی موارد عدم تطابق در کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات سلامت باید توسط مدیر اطلاعات سلامت بصورت ماهانه گزارش شود.
- ۱۸- در صورت هر گونه تغییر در تعرفه داروها، هزینه ی ارائه خدمت و یا پاراکلینیک تغییرات لازم باید توسط کارشناس HIS انجام گیرد.

منابع / مراجع :

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت	امضاء

	مسئول مدارک پزشکی	ساناز شعبانی	
	اعضای کمیته ی مدیریت اطلاعات و فناوری		
	رئیس کمیته ی مدیریت اطلاعات و فناوری	دکتر محمود دریجانی	تأیید کننده
	رئیس بیمارستان	دکتر محمود دریجانی	تصویب کننده/ابلاغ کننده

حروف اختصاری مجاز و چگونگی استفاده از آنان در مستندات به ویژه در پرونده بیمار و با در

نظرگرفتن ایمنی وی

عنوان دستورالعمل: حروف اختصاری مجاز و چگونگی استفاده از آنان در مستندات به ویژه در پرونده بیمار و با در نظرگرفتن ایمنی وی	
تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۸/۰۱	دامنه روش اجرایی مدون: دفتر پرستاری، کلیه بخشهای بالینی
صفحه: ۱	کد دستورالعمل: H.GH.IT-INS-11

هدف :

کسب اطمینان از درک مشترک و تفسیر یکسان از واژه های ثبت شده در مستندات پرونده پزشکی بیماران

تعاریف :

طبق اصول مستند سازی باید استفاده از اختصارات (به خصوص در مورد تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد ، و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که کلیه کادر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند

گامهای دقیق انجام کار :

- ۱- سرپرستار هر بخش باید لیستی از اختصارات رایج که در پرونده های پزشکی بخش در ثبت تشخیص ها و اقدامات با توجه به رشته تخصصی تهیه نماید.

- ۲- لیست اختصارات تهیه شده باید توسط مدیر پرستاری مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شود.
- ۳- فهرست اختصارات مجاز باید در مورد هر بخش توسط سرپرستار بخش نصب گردد.
- ۴- سرپرستار هر بخش موظف است به همه پزشکان و پرستاران اطلاع رسانی کند.
- ۵- در صورتیکه پزشک اختصاری را استفاده کند که در لیست نباشد باید با تأیید مدیر پرستاری و سرپرستار لیست مورد بازبینی قرار گیرد و به فهرست اختصارات افزوده شود.
- ۶- پزشکان و پرستاران هنگام تشخیص نویسی و گزارش نویسی باید از لیست اعلام شده استفاده نموده و از بکاربردن علائم اختصاری غیر استاندارد خودداری نمایند.
- ۷- پرستاران مجاز به استفاده از اختصارات پزشکی در برگه آموزش به بیمار نیستند.
- ۸- مستندات پرونده توسط مدیر پرستاری و سرپرستار در راندهای بخش بطور مستمر بررسی می شود و در صورت مشاهده کاربرد ناصحیح، آموزش های لازم داده شود.
- ۹- یک نسخه از فهرست اختصارات مجاز جهت استفاده در پرونده پزشکی توسط سرپرستار بخش به بخش مدیریت اطلاعات سلامت ابلاغ می شود.

منابع / مراجع: قوانین بیمارستان - اعتباربخشی ۱۴۰۲

امضاء	سمت	نام و نام خانوادگی	
	مسئول مدارک پزشکی	ساناز شعبانی	تهیه کنندگان
	اعضای کمیته ی مدیریت اطلاعات و فناوری		
	رئیس کمیته ی مدیریت اطلاعات و فناوری	دکتر محمود دریجانی	تأیید کننده
	رئیس بیمارستان	دکتر محمود دریجانی	تصویب کننده / ابلاغ کننده

عنوان / موضوع خط مشی: کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها



تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۷/۰۱	دامنه کاربرد خط مشی: مدارک پزشکی و بخش ها
صفحه: ۲	کد خط مشی: H.GH.IT-INS-28

منابع / مراجع : تجربه های بیمارستان - استاندارد ها و راهنمای اعتباربخشی ملی دوره پنجم

خط مشی کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها

بیانیه (هدف و سیاست): ایجاد و ثبت رویه یکسان برای کاهش سردرگمی متقاضیان پرونده پزشکی. همچنین دسترسی آسان به پرونده بیمار و حصول اطمینان از بازگشت پرونده های خروجی از واحد اسناد پزشکی، اهداف بیمارستان می باشد

تعاریف: خارج کردن پرونده از اسناد پزشکی بطور معمول ممنوع است و تحت قوانین و شرایط خاص پس از ثبت دقیق اطلاعات خارج می گردد. خروج پرونده از واحد مدارک پزشکی به دو صورت ۱ - داخل بیمارستان ۲- خارج بیمارستان انجام میگردد که هر کدام دارای ضوابط خاص خود می باشند.

بخش های کلینیکی و بخش های پاراکلینیکی (سونو گرافی، رادیولوژی و درمانگاه و)

درخواست کننده های مجاز پرونده: پزشک معالج، ریاست بیمارستان، مدیر داخلی، مدیر امور مالی، مدیر پرستار (در صورت تأیید ریاست بیمارستان)

مراجع قانونی: پزشک قانونی و دادگستری و دیگر سازمانهای ذیصلاح

افراد مجاز در نقل و انتقال پرونده ها در بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی: پرستار بیمار، متصدی بخش، مهماندار

افراد مجاز در نقل و انتقال پرونده ها واحد های اداری: مسئول دفتر ریاست، کارشناس مالی، کارشناس حقوق، و در صورت نیاز دیگر پرسنل اداری با تکمیل فرم کتبی و تایید ریاست بیمارستان

شیوه انجام کار :

- ۱- در هنگام پذیرش هر بیمار با یک شماره پرونده منحصر به فرد پذیرش می شود
- ۲- پرستار بیمار دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار به بخش های دیگر را به اطلاع سرپرستار میرساند
- ۳- سرپرستار انتقال بیمار به بخش را به اطلاع متصدی بخش جهت انتقال سیستمی اطلاع میدهد
- ۴- متصدی بخش پس از ارسال سیستمی به متصدی بخش مورد نظر اطلاع میدهد
- ۵- سرپرستار بخش انتقالی پس از رویت پرونده و بیمار تأیید تحویل سیستمی رابه متصدی بخش خود اعلام می کند

- ۶- در صورت نیاز بیمار به خدمات پاراکلینیکی پرستار مسئول، درخواست را در سیستم به پاراکلینیک مورد نظر ارسال می کند
- ۷- بیمار و پرونده به همراه پرستار به پاراکلینیک انتقال می یابند پس از انجام خدمت گزارش توسط مسئول واحد پاراکلینیک الصاق و بیمار به همراه پرونده به بخش بازگشت داده می شود
- ۸- در صورتی که بیمار جهت مشاوره به صورت موقت به مرکز دیگری اعزام شود پرستار فرم انتقال را کامل و به اطلاع سوپروایزر /سرپرستار میرساند و پس از اعلام به متصدی بخش از وی می خواهد که کپی اوراق ضروری را به پرستار بیمار تحویل دهد
- ۹- سوپروایزر /سرپرستار بخش جهت انتقال دائمی بیمار به مرکز دیگر فرم اعزام را کامل کرده و متصدی بخش موظف است رونوشتی از اوراق خلاصه پرونده - شرح عمل گزارشات پاراکلینیکی و هر برگه ای که پزشک اعزام کننده یا پذیرش دهنده صلاح بدانند به همراه برگ اعزام ارسال نماید
- ۱۰- در صورتی که بیمار یا همراهان وی پزشک دیگری را از خارج بیمارستان جهت مشاوره به بالین بیمار می آورند این پزشک می تواند پرونده بیمار را در حضور پرستار مطالعه نماید.
- ۱۱- انتقال پرونده از مدارک پزشکی با ارسال درخواست (سیستمی / کاغذی تکمیل فرم درخواست) توسط درخواست کننده های مجاز به اسناد پزشکی انجام می شود
- ۱۲- بررسی توسط مسئول مدارک پزشکی و ثبت در دفتر خروج و تحویل به افراد مجاز جهت تحویل انجام می شود
- ۱۳- انتقال پرونده بیمار توسط بیمار / همراهان جهت انتقال بین بخشی یا ترخیص ممنوع می باشد
- خروج پرونده از اسناد پزشکی (داخل بیمارستان)
- ۱- متصدی بخش درخواست پزشک معالج را (سیستمی / کاغذی) پس از تائید ریاست به مسئول اسناد اعلام می کند
- ۲- مسئول اسناد پرونده درخواستی را در دفتر اسناد ثبت و پس از امضاء منشی پرونده را تحویل می دهد
- ۳- منشی بخش موظف است در اسرع وقت و حداکثر تا زمان ترخیص بیمار پرونده را به اسناد عودت دهد
- ۴- ریاست و مدیر داخلی درخواست (سیستمی / فرم درخواست) را توسط مسئول دفتر ریاست به مسئول مدارک پزشکی ارسال می کند
- ۵- مسئول مدارک پزشکی پرونده آماده شده را پس از ثبت در دفتر خروج پرونده و امضا از مسئول دفتر تحویل میدهد
- ۶- مسئول دفتر موظف ظرف ۲۴ ساعت پرونده را عودت دهد
- ۷- مدیر مالی درخواست پرونده را (سیستمی / کاغذی) پس از تائید مدیریت به مدارک پزشکی ارسال می کند

۸- مسئول اسناد پرونده را به کارشناس مالی که در کمیته اطلاعات سلامت تعیین شده است پس از ثبت در دفتر کنترل خروج پرونده و دریافت امضا تحویل می دهد

۹- کارشناس حقوق بیمارستان درخواست (سیستمی /کاغذی) پس از تأیید ریاست به واحد مدارک پزشکی ارسال می کند

۱۰- دفتر کنترل و ثبت خروج پرونده به صورت هفتگی توسط کارشناس مدارک پزشکی بررسی می شود و پیگیری پرونده های که زمان عودت آنها رسیده ابتدا به صورت تلفنی و در صورت تکرار کتبی به مسئولین واحد ها ارسال می شود

خارج از بیمارستان

۱- در صورتی که اصل پرونده توسط مراجع قضایی/معاونت درمان/درخواست شده باشد نامه درخواستی باید توسط ریاست بیمارستان تأیید شود

۲- پس از تأیید ریاست مسئول اسناد کلیه اوراق را برگ شماری کرده و از کل پرونده رونوشت تهیه و در پوشه به جای اصل پرونده فایل می کند و برگه درخواست اصل پرونده به اوراق رونوشت الصاق می شود

۳- مسئول اسناد طی نامه پاسخ به مرجع درخواست کننده اصل پرونده اوراق درخواستی را آماده و تعداد اوراق را کتبا اعلام می کند

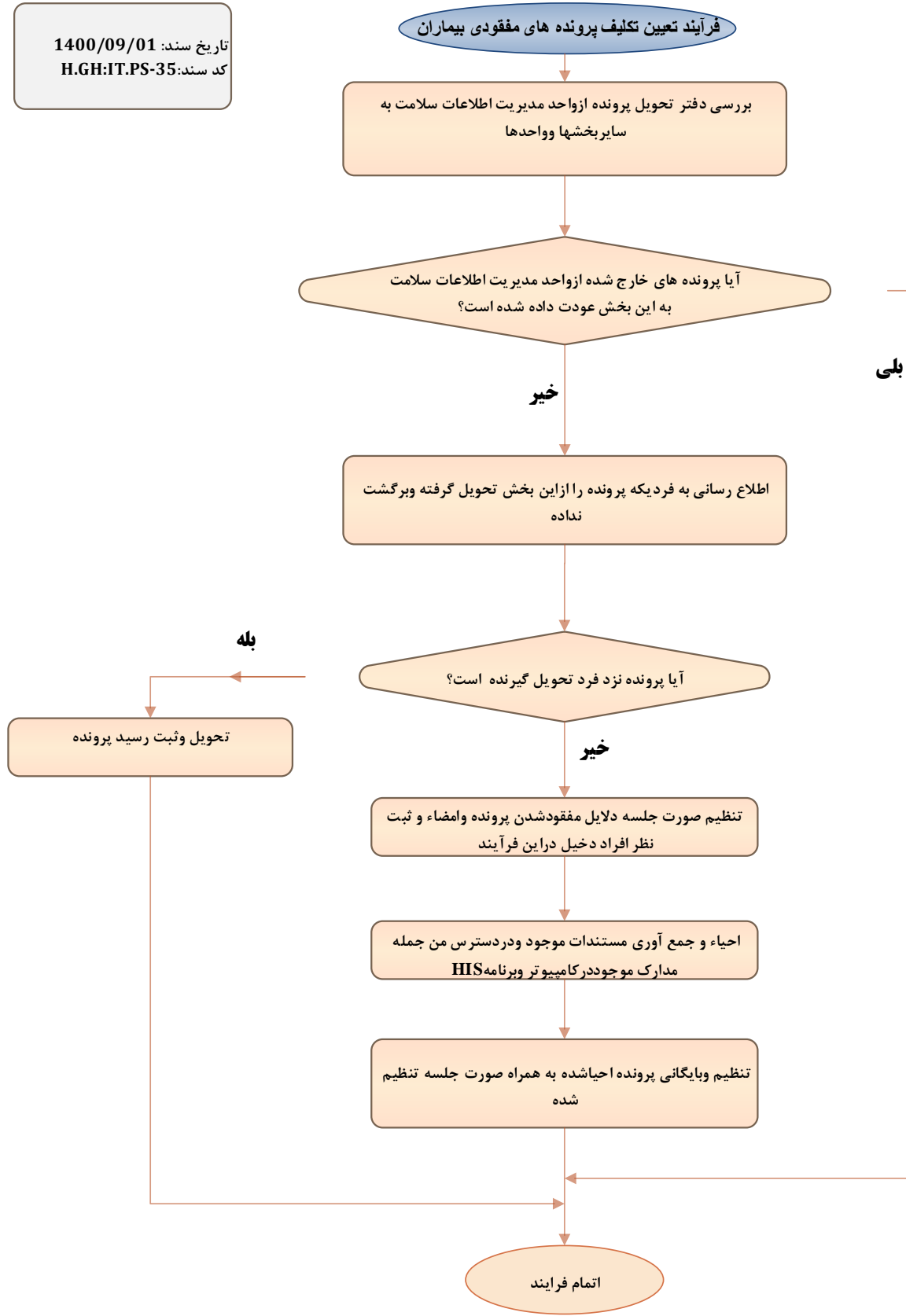
۴- اصل پرونده به اداره درخواست کننده ارسال و رسید دریافت می گردد

۵- حداکثر زمان عودت پرونده دو هفته از تاریخ وصول می باشد چنانچه در سیر رسیدگی نیاز به نگهداری اصل پرونده بیش از دو هفته باشد باید قبل از رسید دو هفته درخواست کتبی به بیمارستان مبنی بر تمدید مهلت نگهداری ارسال شود و درخواست نگهداری تا دوبار قابل تمدید می باشد

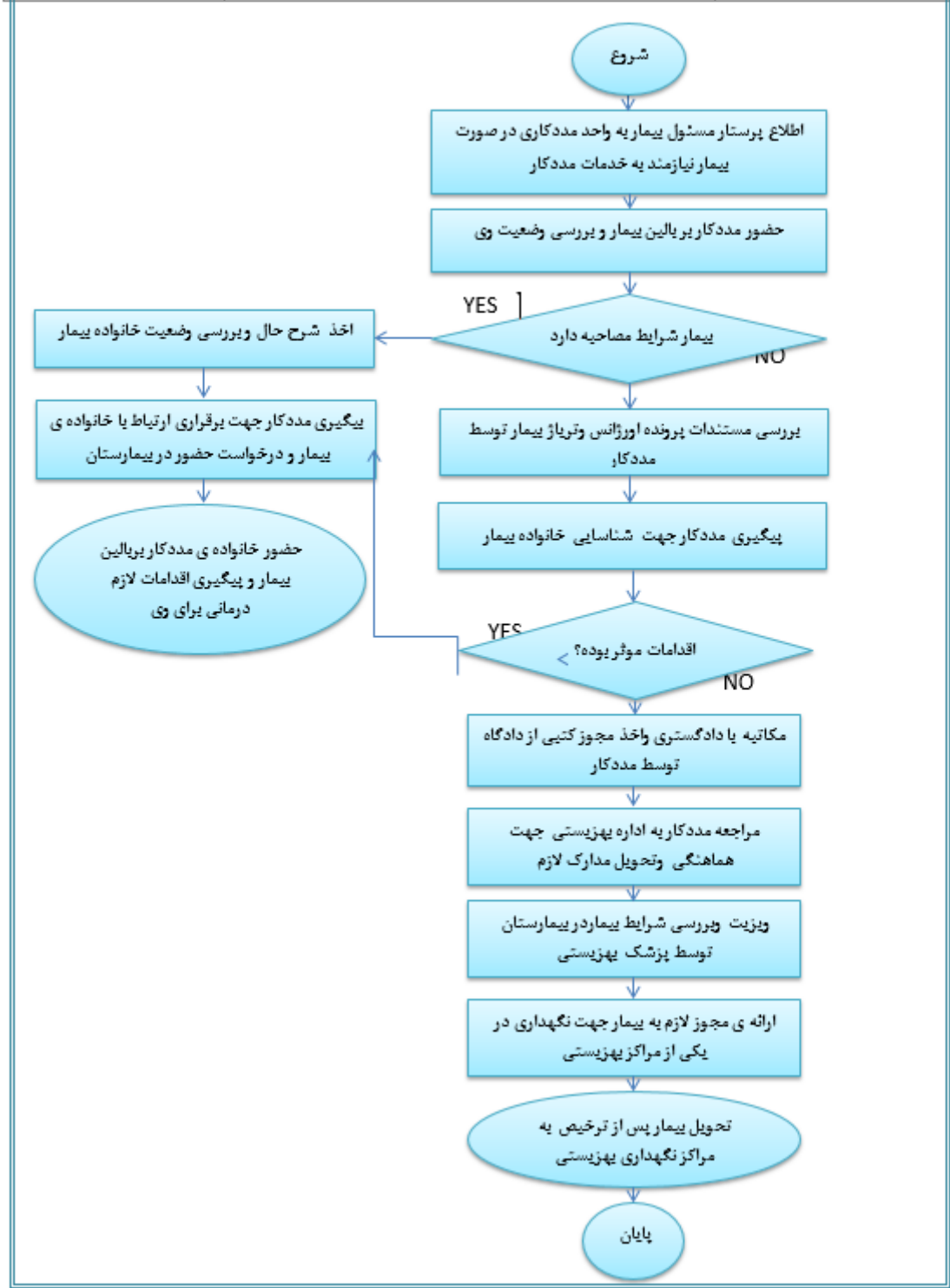
منابع / مراجع: قوانین بیمارستان-استاندارهای اعتباربخشی ملی

فرآیند تعیین و تکلیف پرونده‌های مفقودی

تاریخ سند: 1400/09/01
 کد سند: H.GH:IT.PS-35



فرآیند رسیدگی به بیماران مجهول الهویه



یکپارچه سازی کدینگ تشخیصی ها و اقدامات پزشکی در پرونده الکترونیک سلامت

شماره ۳۵۵۱/۴۰۰د
تاریخ ۱۳۹۸/۰۲/۲۴
پست نداد

بسمه تعالی



رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور
معاونین محترم درمانی دانشگاه علوم پزشکی (سراسر کشور)

موضوع: یکپارچه سازی کدینگ تشخیصی ها و اقدامات پزشکی در پرونده الکترونیک سلامت

سلام علیکم

از آنجائیکه نظام سیاستگذاری وزارت بهداشت در تصمیم سازی دقیق و ارائه گزارش به سازمان جهانی بهداشت، نیازمند آمار دقیق و قابل قیاس با سایر کشورها بر مبنای طبقه بندی بین المللی تشخیصی ها و اقدامات پزشکی می باشد، لذا با در نظر گرفتن پویایی خدمات و اطلاعات؛ بروز رسانی سیستم های طبقه بندی اجتناب ناپذیر است. بر این اساس با ارایه طبقه بندی های جدید ICHI و ICD-11 از سوی سازمان جهانی بهداشت و تاکید این سازمان بر اجرای آن (سند A72/29 Add.1 در هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت)، لازم است نحوه پیاده سازی و مطابقت آن با سیستم های جاری بررسی شده و امکان سنجی لازم صورت پذیرد.

به همین منظور اداره آمار و فناوری اطلاعات سلامت معاونت درمان وزارت بهداشت در زیر مجموعه مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی؛ به عنوان متولی کشوری تطبیق، ابلاغ، آموزش و استقرار سیستم های طبقه بندی موجود (ICD-10, ICD9, ICF, ...)؛ در حال بستر سازی و پایلوت کدینگ بروز (ICD-11, ICHI, ...) در پرونده پزشکی الکترونیک و کاغذی با هماهنگی سازمان جهانی بهداشت، و تهیه راهنماهای آنها در کشور می باشد.

لذا خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمایید تا زمان ابلاغ رسمی کدینگ جدید از سوی اداره آمار و فناوری اطلاعات سلامت این معاونت، آخرین نسخه ابلاغی (ICD10-2016) به شماره ۴۰۰/۱۶۲۲۹/د مورخ ۹۷/۰۷/۱۴، در سیستم های اطلاعات بیمارستانی (HIS) و پرونده های کاغذی پیاده سازی گردد، و کلیه اقدامات و هماهنگی های لازم در خصوص کدینگ تشخیصی ها و اقدامات پزشکی با اداره مذکور صورت پذیرد.

دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان



ترتیب چیدمان فرم های درون پرونده ای بیماران

ردیف	نام فرم	کد	رنگ	نام رنگ
۱	فرم پذیرش و خلاصه ترخیص	PANTONE 7517 PC C:11 M:76 Y:100 K:52		قهوه ای
۲	فرم خلاصه پرونده	PANTONE 602 PC C:2 M:0 Y:47 K:0		زرد - کهربایی باز
۳	فرم شرح حال	PANTONE Pro. Yel. PC C:0 M:0 Y:100 K:0		زرد
۴	فرم سیر بیماری	PANTONE 637 PC C:65 M:0 Y:7 K:0		آبی آسمانی
۵	فرم درخواست مشاوره	PANTONE CI Gy 9 PC C:29 M:23 Y:16 K:51		خاکستری - توسی
۶	فرم مراقبت قبل از عمل	PANTONE 349 PC C:34 M:11 Y:84 K:43		سبز
۷	فرم بیهوشی	PANTONE 361 PC C:75 M:0 Y:100 K:0		سبز چمنی
۸	فرم گزارش عمل جراحی	PANTONE 1795 PC C:0 M:96 Y:90 K:2		قرمز
۹	فرم مراقبت بعد از عمل	PANTONE 366 PC C:29 M:0 Y:45 K:0		سبز - مغز پسته ای
۱۰	فرم دستورات پزشکی	PANTONE 400 PC C:5 M:6 Y:10 K:14		طوسی روشن
۱۱	فرم گزارش پرستار	PANTONE Or. 021 PC C:0 M:68 Y:100 K:0		نارنجی
۱۲	فرم کنترل علائم حیاتی	PANTONE 260 PC C:66 M:100 Y:6 K:28		بنفش
۱۳	فرم نمودار علائم حیاتی	PANTONE 257 PC C:19 M:34 Y:0 K:0		بنفش مخملی
۱۴	فرم گزارش رادیولوژی	PANTONE 143 PC C:0 M:32 Y:86 K:0		آجری
۱۵	فرم گزارش پاتولوژی	PANTONE 719 PC C:0 M:14 Y:24 K:0		کرم سیر
۱۶	فرم الصاق گزارش آزمایشگاه	PANTONE 493 PC C:1 M:54 Y:17 K:4		صورتی
۱۷	فرم الصاق الکتروکاردیوگرام	PANTONE 226 PC C:0 M:100 Y:2 K:0		سرخ آبی
۱۸	فرم جذب و دفع مایعات	PANTONE 660 PC C:91 M:53 Y:0 K:0		آبی تیره
۱۹	سایر فرمهای بالینی مربوط به بیمارستان			
۲۰	فرمهای بالینی مربوط به سایر مراکز درمانی			
۲۱	سایر اوراق غیر بالینی			

دستورالعمل ساماندهی اسناد (لینک)

راهنمای مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی