

دستور العمل ماہ و ہجرت ماہی حوزہ فناوری اطلاعات سلامت

فہیمہ گل مکانی

پاییز ۱۴۰۰

به نام خداوند بخشنده و مهربان

فهرست مطالب

✓ مصوبات کارگروه کاهش مصرف کاغذ

✓ اصول مستندسازی پرونده پزشکی

✓ فرم های استاندارد ابلاغی وزارت متبوع

✓ دستورالعمل طراحی فرم و درخواست بازنگری

✓ دستورالعمل سطوح دسترسی به اطلاعات و پرونده پزشکی

✓ دستورالعمل تغییر اطلاعات هویتی

✓ دستورالعمل شناسایی بیماران مجهول الهویه

✓ لباس فرم، حق لباس و سهمیه شیر پرسنل بایگانی

✓ شرایط محل نگهداری پرونده

دستورالعمل های کووید، مرگ و میر، قوانین امحاء و آرشیو الکترونیک، بحران و ... در دوره های آموزشی مرتبط توسط مدرسین محترم تدریس شده است.



مصوبات کارگروه کاهش مصرف کاغذ و تبادل الکترونیکی اسناد



راهکارهای کاهش مصرف کاغذ از نظر شما



راهکارهای کاهش مصرف کاغذ



✓ حذف فرم‌های غیرضروری

✓ اکتفا نمودن به ثبت اطلاعات در HIS

✓ پشت و رو نمودن فرم‌ها

✓ مدیریت فضای فرم‌های پرونده

✓ استفاده از کیفیت های متفاوت کاغذ با توجه به مدت زمان نگهداری فرم‌ها

مصوبات کارگروه کاهش مصرف کاغذ

- ۱- حذف کپی از مکاتبات داخل سازمانی و ارسال پرونده از طریق نرم افزار آرشیو الکترونیک و مشاهده آن در سامانه سپید توسط واحدهای معاونت درمان (اداره مامائی، کمیته مرگ و میر و مدیریت گردشگری سلامت).
- در صورتیکه درخواست پرونده از واحدهای دیگر دانشگاه دارید، از طریق نامه به معاونت درمان جهت اعطاء دسترسی، اقدام نمائید.

آرشیو الکترونیک ← سپید

پرونده در نرم افزار آرشیو الکترونیک در بیمارستانها اسکن شده و در سامانه سپید، برای واحدهای دانشگاهی قابل مشاهده می باشد. دریافت فایل PDF بصورت یکجا، امکان پذیر است.



نرم افزار آرشیو الکترونیک

سیستم پایگانی الکترونیک پرونده های پزشکی

ثبت اطلاعاتاسنادتنظیمات اصلیگزارشات

امتحا پرونده

پرونده بیمار

ثبت اطلاعات بیمار

لیست بیماران

نام بیمار	نام پدر	ش پرونده	دفعه	سن	تاریخ پذیرش	ش پرونده قدیم	تاریخ ترخیص	آدرس	کد رهگیری	مورد خاص	امتحا شده

جستجو

HIS

شماره پرونده

دفعه مراجعه

نام

نام خانوادگی

نام پدر

کد ملی

مشخصات بیمار

نام
نام خانوادگی
تاریخ پذیرش
تاریخ ترخیص
نوع پرونده
نام پدر
کد ملی
سن
آدرس

Edit Filter

ثبت اطلاعات اسناد تنظیمات اصلی گزارشات

پرونده بیمار امحا پرونده

لیست بیماران

نام بیمار	نام پدر

HIS ☒

نام خانوادگی

نام پدر

کد ملی

مشخصات بیمار

نام
نام خانوادگی
تاریخ پذیرش
تاریخ ترخیص
نوع پرونده
نام پدر
کد ملی
سن
آدرس

بستری
تحت نظر
اسکرینینگ
قدیمی (عدم وجود در HIS)

مسیر اسکن پرونده در نرم افزار آرشیو:

ابتدا گزینه پرونده بیمار را انتخاب نموده - سپس

گزینه پرونده بستری یا تحت نظر را انتخاب

می نمایم.

مطابق تصویر مقابل:

مشخصات بیمار

شماره پرونده: S09C01H20-01-15-14
نام: علی
ش پرونده جایگزین: S09C01H20-01-15-14
نام خانوادگی: جباری بزدي
کد ملی: 0720100275
دفعه مراجعه: 1

اطلاعات اصلی

مدارک پیوست

مشخصات

نوع فرم: برگ پذیرش و خلاصه ترخیص
توضیحات:

مدارک اسکن شده

- برگ پذیرش و خلاصه ترخیص
- برگ خلاصه پرونده
- برگ شرح حال
- برگ سیر بیماری
- برگ مشاوره
- برگ مراقبت قبل از عمل جراحی
- برگ بیهوشی
- برگ شرح عمل
- برگ مراقبت بعد از عمل جراحی
- برگ دستورات پزشکی
- برگ گزارش پرستار
- برگ کنترل علائم حیاتی
- برگ نمودار علائم حیاتی
- برگ گزارش رادیولوژی
- برگ گزارش آزمایشگاه
- برگ الصاق الکتروکاردیوگرام
- برگ جذب و دفع مایعات
- برگ شرح زایمان
- معاینه فیزیکی نوزاد در زمان تولد
- اوراق اختصاصی سوختگی
- اوراق اختصاصی روانپزشکی
- گواهی فوت
- گواهی ولادت
- سایر اوراق
- مکاتبات پرونده
- برگ بیهوشی
- دستور بستری شدن بیمار
- برگ گزارش اکوکاردیوگراف
- برگ گزارش آسیب شناسی
- اوراق بخش
- عکس قبل از عمل

در صفحه باز شده، شماره پرونده و

دفعه مراجعه را تایپ و جستجو

می کنیم.

سپس بر روی گزینه اسکن کلیک

نموده و برگه ها را در اسکنر گذاشته و

اسکن می کنیم و پرونده را بصورت

OCR ذخیره می کنیم.

نحوه ارسال مدارک به واحدهای داخل دانشگاهی

۱- اسکن پرونده

۲- انتخاب اسنادی که قصد ارسال آن را دارید

۳- کلیک بر روی گزینه دسترسی به سازمان

۴- انتخاب سازمان مورد نظر و کلیک بر روی گزینه ذخیره.

۱- کلیک بر روی گزینه "لیست اسناد"

شماره پرونده	HIS ☒	
دفعه مراجعه		
نام		
نام خانوادگی		
نام پدر		
کد ملی		

نام بیمار	نام پدر	ش پرونده	دفعه	سن	تاریخ پذیرش	ش پرونده قدیم	تاریخ ترخیص	آدرس	کد رهگیری	مورد خاص	امضا شده
مثال عزیز	کاظم	S09C01H20-00-16-21	1	41	1395/10/13	...S09C01H20-0	1395/10 13:52:54	مشهد-سجاد 3 و 5 پ 41	13	☐	☒

لیست اسناد

انتخاب / عدم انتخاب

بزرگ پذیرش و خلاصه ترخیص
1 پیوست ☒
2 پیوست ☒
3 پیوست ☒
4 پیوست ☒
بزرگ خلاصه پرونده
5 پیوست ☒
6 پیوست ☒
7 پیوست ☒
8 پیوست ☒
بزرگ شرح حال
9 پیوست ☒
10 پیوست ☒
11 پیوست ☒
12 پیوست ☒
13 پیوست ☒
14 پیوست ☒
15 پیوست ☒
16 پیوست ☒
بزرگ مسیر بیماری
17 پیوست ☒
18 پیوست ☒

لیست اسناد

۲- انتخاب اسنادی که قصد ارسال آن را دارید

☒ انتخاب / عدم انتخاب

برگ پذیرش و خلاصه ترخیص		
پیوست 1		☒
پیوست 2		☒
پیوست 3		☒
پیوست 4		☒
برگ خلاصه پرونده		
پیوست 5		☒
پیوست 6		☒
پیوست 7		☒
پیوست 8		☒
برگ شرح حال		
پیوست 9		☒
پیوست 10		☒
پیوست 11		☒
پیوست 12		☒
پیوست 13		☒
پیوست 14		☒
پیوست 15		☒
پیوست 16		☒
برگ سیر بیماری		
پیوست 17		☒
پیوست 18		☒

۳- انتخاب گزینه دسترسی به سازمان

سیستم اطلاعات | اسناد | تنظیمات اصلی | گزارشات

دسترسی به سازمان | ذخیره مدارک | وضوح مدرک | چاپ تمام مدارک | چاپ مدرک

نمایش اسناد | ذخیره اطلاعات | تنظیمات مدرک | چاپ

دسترسی به سازمان

لیست بیماران

شماره پرونده	نام بیمار	نام پدر
S09C01H20-00-16-21	مثال عزیز	کاظم

جستجو

شماره پرونده: HIS ☒

دفعه مراجعه:

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

کد ملی:

۴- انتخاب سازمان مورد نظر، تکمیل فیلدها و ذخیره

فرم مجوز دسترسی به سازمانها

اطلاعات هویتی بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار: مثال عزیز

شماره پرونده: S09C01H20-00-16-21

دفعه مراجعه: 1

مشخصات درخواست

سازمان یا بخش: نامشخص

توضیحات: بخش

تاریخ انقضاء: نامشخص

شماره درخواست: مامائی

کمیته مرگ و میر

مدیریت گردشگری سلامت

انصراف و خروج

مصوبات کاهش مصرف کاغذ

۲- حذف فرم های عمومی پرونده از پرونده بلوک زایمان که معادل تخصصی آن در پرونده های بلوک زایمان وجود دارد:

○ حذف فرم شرح حال عمومی از پرونده بیماران بلوک زایمان با توجه به وجود فرم شرح حال تخصصی مادر باردار

○ حذف فرم کنترل علائم حیاتی عمومی از پرونده بیماران بلوک زایمان با توجه به اخذ علائم حیاتی مادر در فرمهای پیشرفت زایمان، فرم زایمان و فرم مراقبت پس از زایمان

۳- مکاتبه با بیمارستان ها جهت حذف فرم رضایت آگاهانه مامایی و استفاده از فرم رضایت آگاهانه ابلاغی درمان

۴- مکاتبه با بیمه ها جهت حذف فرم رضایت سزارین و رونوشت به بیمارستانها

کاهش مصرف کاغذ در حیطه آزمایشات

۵- حذف درخواست آزمایش و اکتفا به ثبیتات انجام شده در HIS

۶- جایگزین شدن چاپ متوالی آزمایشات با پرینت درخواست به درخواست

۷- قابلیت مشاهده جواب آزمایش در سامانه سپید برای پزشکان تعریف شده در STAFF

در سامانه سپید

۸- قراردادادن پیش فرض NO برای پرینت درخواست آزمایش

باسمه تعالی

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان (تابعه دانشگاه)
رئیس محترم بیمارستان (دانشگاهی مشهد)

سلام علیکم

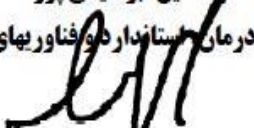
احتراماً، پیرو تاکید وزارت متبوع بر کاهش هزینه ها در سال اقتصاد مقاومتی، خواهشمند است موارد زیر جهت بهینه سازی فرم های پرونده طبق سومین کارگروه کاهش مصرف کاغذ در کلیه بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه مورد نظر قرار گیرد:

۱- حلوگیری از الصاق فرم های مورد نیاز برای پرونده در زمان پذیرش بیماران: طبق گزارش کارشناسان معاونت درمان، گاهی در بعضی مراکز در بدو پذیرش اوراق اصلی توسط همکاران پذیرش به پرونده الصاق می گردد که باید این روال اصلاح و در بخش های درمانی مربوطه بنا بر ضرورت، اضافه گردد. با توجه به تفاوت در روال های بیمارستان های مختلف، لازم است موضوع به صورت اختصاصی در یکی از جلسات کمیته اقتصاد درمان بیمارستان مطرح شده و استاندارد لازم در خصوص موضوع با همکاری دفتر پرستاری و ... تعیین شود.

۲- حذف فرم استعلام بیمه تکمیلی از بیماران در بدو پذیرش با توجه به ثبت سیستمی.

۳- حلوگیری از روند بی رویه بعضی از فرم های غیر استاندارد در پرونده پزشکی: مسئولین فناوری اطلاعات سلامت بیمارستانها باید با نظارت بر روی فرم های پرونده موارد غیر استاندارد را در صورت لزوم حذف نموده و در صورت نیاز به فرم موضوع را به کارشناسان فناوری اطلاعات سلامت اقتصاد درمان دانشگاه ارجاع نمایند تا در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان با حضور کارشناسان متخصص در هر حوزه مطرح گردد. / 7022909

دکتر حسین ابراهیمی پور
مدیر اقتصاد درمان و استانداردهای فناوریهای سلامت



۹- خودداری از پرینت سربرج کلیه

فرم های پرونده در بدو پذیرش و یا

توسط منشی بخش در بدو ورود بیمار

به بخش ارسال شود. متذکر گردد

پرینت سربرج هر فرم در زمان نیاز به

تکمیل فرم انجام شود.

مصوبات کارگروه کاهش مصرف کاغذ

۱۰- اکتفا نمودن به آزمایش اول و آخر در خلاصه پرونده های سیستمی

۱۱- رویت سی تی اسکن، تصویربرداری و ... در خلاصه پرونده تنها در صورتیکه رپورت آن انجام شده است، صورت پذیرفت.

۱۲- بررسی امکان حذف، کاهش و یا سیستمی نمودن فرم های آموزش به بیمار (آموزش به بیمار و خانواده به اتمام رسیده است و الکترونیک نمودن فرم های آموزش به بیمار در هنگام ترخیص در دست اقدام می باشد)

۱۳- مکاتبه با بیمارستانها جهت استفاده از فرم آموزش به بیمار توسط پزشک و پرستار در هنگام ترخیص بصورت پشت و رو به جای استفاده از فرم های مجزا

مصوبات کارگروه کاهش مصرف کاغذ

۱۴- پیگیری بارگذاری فرم بازنگری شده آموزش به بیمار در HIS (در سامانه سپید طراحی شد)

۱۵- ثبت فرم آموزش به بیمار و خانواده در سامانه سپید و حذف فرم کاغذی از پرونده بیمار

۱۶- ثبت چارت قند خون بیمار در سامانه سپید و حذف فرم کاغذی از پرونده بیمار

۱۷- حذف فرم کنترل مالی از پرونده

۱۸- حذف فرم اعلام وضعیت بیمه تکمیلی بیمار

مصوبات کارگروه کاهش مصرف کاغذ

۱۹- انجام مکاتبه با کلیه مدیران درمان مبنی بر ممنوعیت در افزودن فرم در پرونده و لزوم اخذ تائید کمیته

مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان

۲۰- پیگیری طراحی نرم افزار ارسال اسکن پرونده به سازمان پزشکی قانونی به جای کپی پرونده

۲۱- حذف کلیه درخواست های پاراکلینیکی شامل سی تی اسکن، رادیولوژی، آزمایشگاه و ...

۲۲- حذف پرینت صورتحساب بیمه

۲۳- مدیریت فضا کلیه گزارشات مالی مانند آزمایشات، رادیولوژی، آسیب شناسی، دارو و لوازم مصرفی، اقدامات

طبی و ... در صورت موافقت کمیته همسویی بیمه، برای ارسال به بیمه بصورت پشت سرهم پرینت شود

مصوبات کارگروه کاهش مصرف کاغذ

۲۴- خودداری از پرینت سربرگ کلیه فرم های پرونده توسط منشی بخش در بدو ورود بیمار به

بخش

۲۵- ارسال اسکن پرونده در پاسخ به درخواست های مدیریت اقتصاد درمان به جای ارسال کپی

۲۶- استفاده از کیفیت های کاغذ متناسب با مدت زمان نگهداری پرونده



لیست راهکارهای پیشنهادی خود را جهت کاهش مصرف کاغذ به ایمیل اینجانب ارسال نمایید.

GOLMAKANIF1@mums.ac.ir

اصول مستندسازی پرونده های پزشکی



پروتده ها نخواهد شد.

کاربرد مستندسازی صحیح چیست؟



کاربرد مستندسازی صحیح

- به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
- به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند
- به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ به درمان بیمار
- به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
- پیشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
- به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
- به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی
- جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- به عنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
- کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی (به خصوص رشته های پزشکی و پرستاری)

مشکلات مستندسازی بیمارستانها

۱- ثبت ناقص اطلاعات:

ثبت ناقص اطلاعات موجب **تهدید سلامت بیمار** می‌گردد و مشکلات متعددی را برای بیمار در پیگیری درمان، مسایل قانونی و حقوقی (ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و ...) ایجاد می‌کند. همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی را برای بیمارستان ها، مثل: **افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان** (زیرا از نظر قانونی چیزی که در پرونده ثبت نشده باشد یعنی انجام نشده است)، ایجاد می‌کند. به علاوه این پرونده ها برای **تحقیقات پزشکی و آموزش نیز مناسب نمی باشند.**

مشکلات مستندسازی بیمارستانها

۲- ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات:

یکی از دلایل خطاهای پزشکی (بخصوص خطاهای دارویی) به خاطر ناخوانایی مستندات پرونده است، زیرا مستندات ناخوانا باعث **برداشت غلط از اطلاعات** می شود. در ایران ناخوانایی مستندات یکی از مشکلات بزرگ مستندسازی پرونده های پزشکی است. موارد متعددی دیده شده که کارکنان تازه وارد در بیمارستان (مثل پرستاران) قادر به خواندن دست خط برخی از پزشکان یا سایر همکاران خود نیستند. یا در مورد بیماران اعزام شده به مراکز دیگر نیز همین مشکل وجود دارد. در خصوص **پیگیری درمان** هم ناخوانایی مستندات مشکلاتی را برای بیمار ایجاد می کند.

مشکلات مستندسازی بیمارستانها

۳- استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی

طبق اصول مستندسازی 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 همه کادر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیر مصوب می کنند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می شود.

سایر مشکلات مستندسازی

- ۴- استفاده از اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی
- ۵- مستندسازی جابجای اطلاعات (ثبت جابه جای اطلاعات در کادر مربوطه در فرم های پرونده)
- ۶- استفاده از مداد یا کاربن برای ثبت اطلاعات و ... نیز وجود دارد.

گروه مستندسازان پرونده پزشکی شامل :

الف- مسئولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیکی)

ب- پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)

پ - پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری)

ت- سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و ...)

اصول ۱۷ گانه مستندسازی

- ۱- کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی **اصل** بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.
- ۲- از **زبان فارسی یا انگلیسی** جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.
- ۳- اطلاعات **سربرگ فرم های** (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و....) بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
- ۴- **کلیه موارد ثبت شده** بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تائید و تصدیق گردد.
- ۵- در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.

اصول ۱۷ گانه مستندسازی

۶- مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید **ماندگار** باشند. بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد، خودکار سبز برای مستندسازی استفاده نشود.

تبصره ۱-۶: جوهر ها باید دارای **ثبات** باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند)

۷- مستندات و ثبوتات پرونده بیمار باید **حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح** باشند و از حدسیات، گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

۸- در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

اصول ۱۷ گانه مستندسازی

۹- مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود.

تبصره ۱-۹: در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن، بایستی در صورت معلوم شدن بلافاصله به عنوان یادداشت های تاخیری (late entry) به پرونده بیمار اضافه گردیده و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستند ساز تکمیل گردد.

۱۰- کلیه مستندات بایستی واضح، مداوم و پیوسته باشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

تبصره ۱-۱۰: اگر ثبیتات قابل خواندن نیستند، ثبت کننده از ابتدا ثبیتات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد، چرا نوشته فوق را مجددا تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است. اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، باید دقیقا مشابه اولی باشد و حتما تاریخ و امضاء داشته باشند.

اصول ۱۷ گانه مستندسازی

تبصره ۲-۱۰: انسجام موارد ثبت شده الزامی است بطوری که در پرونده های دستی، موارد ثبت شده باید بلافاصله در سطر یا فضای موجود بعدی، مستند شوند و تمام خطوط باید بترتیب پر شوند. هیچ فاصله خالی یا قابل استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند.

۱۱- اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد. ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته شود (Error) و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

۱۲- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

اصول ۱۷ گانه مستندسازی

۱۳- از **اختصارات استاندارد و قابل قبول** در پرونده پزشکی استفاده شود.

۱۴- هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

Subjective & objective-assessment -plan

۱۵- اگر مشاوره ای درخواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی گردد. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد.

اصول ۱۷ گانه مستندسازی

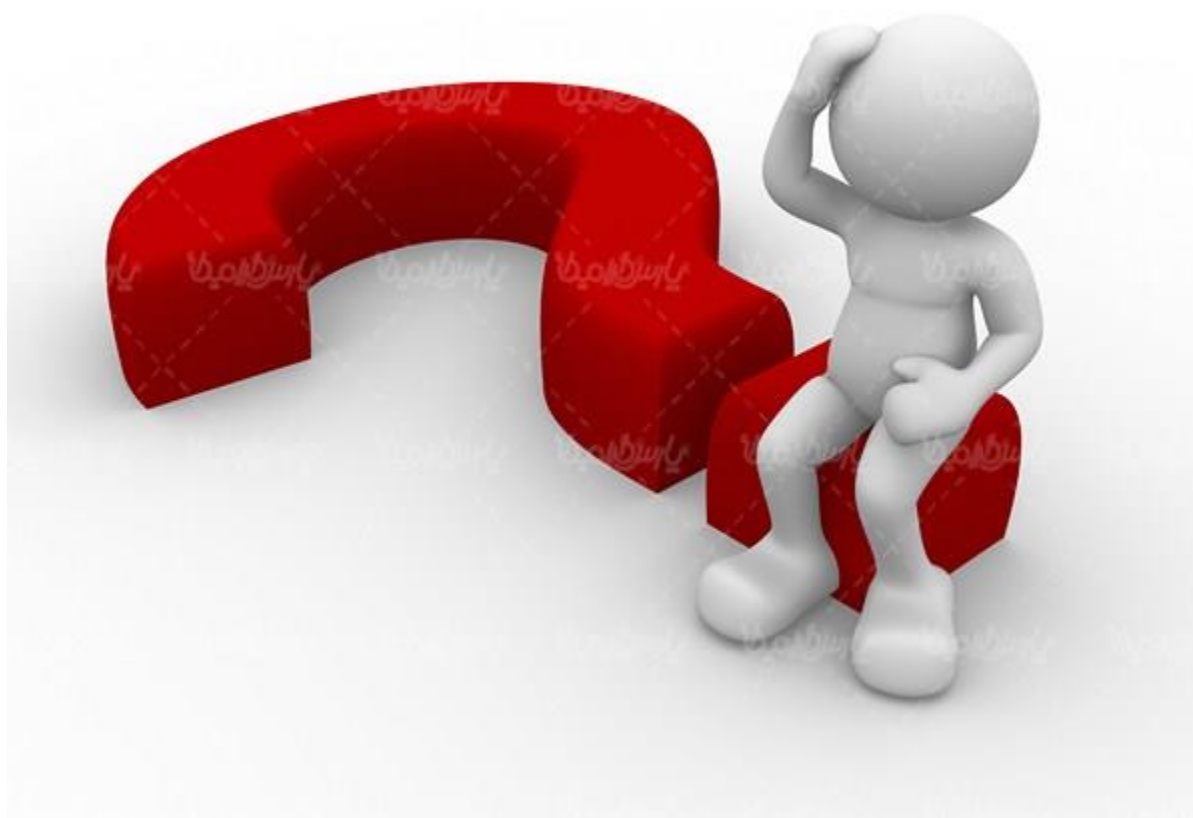
۱۶- در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد، این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

۱۷- کلیه **دستورهای شفاهی و تلفنی** برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

گزارشات	چارچوب زمانی ثبت	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	پذیرش اورژانس و قبل از ترخیص یا انتقال بیمار از اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	بدو پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی
گزارش‌های مشاوره	بلافاصله پس از انجام مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	بلافاصله بعد از عمل	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص *	بلافاصله بعد از انجام اقدام	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	زمان ترخیص	از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص
گواهی فوت	زمان مرگ	از زمان مرگ تا ۷ روز پس از ترخیص
فرم انتقال	زمان انتقال	۲۴ ساعت بعد از انتقال

فرایند رفع نقص پرونده پزشکی در بیمارستان شما؟



رفع نقص پرونده پزشکی

۱. در بخش مدارک پزشکی، پرونده پس از بررسی کمی و کیفی، در صورت ناقص بودن، باید مستند ساز را از طریق فکس، ایمیل، یا اطلاع الکترونیکی از نقص پرونده پزشکی آگاه کند. **مستند ساز** موظف است طی ۱۴ روز از تاریخ دریافت نقص نسبت به رفع نقص مراجعه کند.

۲. الصاق فرم رفع نقص (که حاوی نام و شماره پرونده بیمار و عناصر ناقص پرونده و تاریخ ارجاع به بخش درمانی می باشد) ضروری است.

۳. چنانچه پرونده ظرف ۱۴ روز رفع نقص نشد، ابتدا بصورت شفاهی اخطار داده می شود و در صورت تکرار مسئول مدارک پزشکی درخواست تذکر کتبی را از مدیریت دارد.

الف-۵-۵-۶ بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پرونده‌های پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

❖ نتیجه رفع نواقص پرونده در فرم ممیزی فرم‌های پرونده مستند می‌گردد.

❖ پایش مستمر و بازخورد موارد نقص پرونده به افراد و گروه‌های سهام در ثبت اطلاعات در پرونده صورت گرفته و مداخلات مناسب جهت کاهش نواقص پرونده‌های پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می‌گردد.

❖ بررسی کیفی محتوای پرونده های پزشکی در مورد **نمونه قابل قبولی از پرونده ها** و در قالب **تیم کنترل کیفی** مستندات پزشکی با مشارکت نمایندگان گروه های بالینی و بخش مدیریت اطلاعات در بازه های زمانی مشخص انجام می شود.

❖ بررسی کیفی محتوای پرونده پزشکی به منظور ارتقای مستندات بالینی از لحاظ کیفیت ثبت محتوا انجام شده (از جمله درستی و صحت اطلاعات ثبت شده، همخوانی اطلاعات ثبت شده، به موقع بودن ثبت اطلاعات، دقیق بودن و کافی بودن اطلاعات ثبت شده) و چک لیست مورد نظر بر حسب آن که کدام ویژگی کیفی مورد نظر باشد، متفاوت است.

❖ نتایج بررسی کیفی پرونده های پزشکی به افراد و گروه های بالینی سهیم در ثبت پرونده بازخورد داده شده و مداخلات مورد نیاز به منظور ارتقای کیفی مستندسازی پرونده پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می گردد.

حداقل موارد مورد بررسی در بازبینی کیفی شامل موارد زیر می باشد

❖ اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش با اطلاعات ثبت شده در سربرگ سایر فرم های پرونده مطابقت و همخوانی دارد.

❖ تشخیص های ثبت شده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص با موارد ثبت شده در شرح حال، گزارش عمل جراحی، گزارش پاتولوژی و خلاصه ترخیص همخوانی دارد.

❖ فرم شرح حال بیمار انعکاس دهنده روال منطقی تصمیم گیری بالینی (رویکرد SOAP) شامل اظهارات بیمار، بررسی ها و معاینات بدنی توسط پزشک، نتیجه ارزیابی پزشک (تشخیص قطعی، تشخیص احتمالی یا تشخیص افتراقی) و طرح درمان می باشد.

❖ یادداشتهای سیر بیماری به صورت روتین ثبت شده، بیانگر سیر پیشرفت وضعیت سلامتی بیمار می باشد و از لحاظ بالینی تایید کننده لزوم مداخلات پزشکی یا توجیه تصمیمات اخذ شده در مورد مراقبت بیمار می باشد.

❖ مستندات کافی در مورد انجام تمام دستورات پزشک موجود می باشد.

❖ دستورات پزشک مشاور توسط پزشک معالج تایید می شود.

❖ در دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف دارو، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت زمان مصرف دارو و دلیل تجویز دارو باید در متن دستور، مستند گردد. به ویژه در مورد آنتی بیوتیک ها ذکر تاریخ توقف در مصرف نیز لازم است.

❖ دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستندسازی ثبت و مستند می شوند.

❖ دستور ترخیص بیانگر ضرورت ترخیص بیمار می باشد.

حداقل موارد مورد بررسی در بازبینی کیفی شامل موارد زیر می باشد

- ❖ دستورالعملهای مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبتهای تاخیری به درستی رعایت شده است.
- ❖ فاصله زمانی بین دستورات پزشک و دریافت گزارش اقدام (TAT) بر مبنای مستندات پرونده قابل محاسبه می باشد.
- ❖ دستورالعملهای مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات در مستندسازی پرونده رعایت می گردد.
- ❖ خلاصه ترخیص بیانگر توصیه های هنگام ترخیص و اطمینان از درک آن ها از سوی بیمار یا همراه وی می باشد.
- ❖ مستندات ثبت شده توسط فراگیران، توسط پزشک اتند مورد بازبینی قرار گرفته و تایید شده است.
- ❖ گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل جراحی ثبت می شود.
- ❖ پرونده بیمار دارای وقفه های زمانی نبوده و مستندات آن محل استقرار بیمار را در طی بستری انعکاس می دهد.
- ❖ داروهای ثبت شده در پروفایل دارویی بیمار در داروخانه با داروهای ارایه شده به بیمار مطابقت دارد.



پیشنهادات خود را جهت بررسی کمی و کیفی پرونده در فرم های الکترونیک به ایمیل اینجانب ارسال نمائید.

GOLMAKANIF1@mums.ac.ir

الف ۵-۵-۲ ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم‌های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می‌پذیرد.

❖ استفاده از فرم‌های مصوب ابلاغی وزارت متبوع

❖ فرم‌های ابلاغی پرونده‌های پزشکی بستری (۱۸ برگ اصلی)

❖ سرپایی، اورژانس، بلوک زایمان، تغذیه، مددکاری، فرم‌های جدید بیهوشی و ... بر
حسب نیاز در پرونده موجود می‌باشد.

❖ تغییر فرم‌های ابلاغی در سطح بیمارستان و دانشگاه ممنوع می‌باشد.

فرم های ابلاغی

❖ استفاده از فرم های ابلاغی پرونده پزشکی بیماران بستری (۱۸ فرم اصلی)

❖ استفاده از فرم های ابلاغی تریاژ و پرونده اورژانس

❖ استفاده از فرم های ابلاغی مراقبتهای مادر و نوزاد در بلوک زایمان (۹ فرم ابلاغی بلوک زایمان)

❖ استفاده از فرم های ابلاغی مراقبتهای ویژه دربخش مراقبت ویژه بزرگسالان، کودکان و نوزادان (NICU, PICU و JICU)

❖ استفاده از فرم های ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری

❖ استفاده از فرم های ابلاغی تغذیه و رژیم درمانی بیماران بستری (۴ فرم تغذیه که دو فرم برای کودکان و نوجوانان و دو

فرم برای بزرگسالان می باشد)

❖ استفاده از فرم های ابلاغی خدمات مددکاری

ردیف	عنوان
۱	برگ پذیرش و خلاصه ترخیص
۲	خلاصه پرونده
۳	شرح حال
۴	سیربیماری
۵	درخواست مشاوره
۶	مراقبت قبل از عمل
۷	بیهوشی (بسته جدید فرم درخواست و مشاوره بیهوشی)
۸	شرح عمل جراحی
۹	مراقبت بعد از عمل
۱۰	دستورات پزشک
۱۱	گزارش پرستاری
۱۲	کنترل علائم حیاتی
۱۳	نمودار علائم حیاتی
۱۴	گزارش آزمایشات
۱۵	گزارش رادیولوژی
۱۶	جذب و دفع مایعات
۱۷	برگ الصاق الکتروکاردیوگرام
۱۸	گزارش پاتولوژی
۱۹	فرم ارزیابی اولیه پرستاری بزرگسالان
۲۰	فرم ارزیابی اولیه پرستاری کودک
۲۱	فرم ارزیابی اولیه پرستاری اعصاب و روان
۲۲	فرم ارزیابی اولیه روان کودک

ردیف	عنوان
۲۳	آموزش به بیمار توسط پزشک و پرستار در هنگام ترخیص
۲۴	شرح حال مادر باردار
۲۵	ارزیابی عوامل خطر ایجاد ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان
۲۶	پارتوگراف
۲۷	ثبت پیشرفت زایمان
۲۸	تزریق سولفات منیزیم
۲۹	زایمان
۳۰	شرح حال نوزاد بدو تولد
۳۱	مراقبت پس از زایمان
۳۲	معاینات بدنی و بررسی های پزشک
۳۳	معاینات بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد
۳۴	فرم تریاژ
۳۵	رضایت آگاهانه
۳۶	فرم نظارت و پایش احیاء
۳۷	فرم ثبت گزارش عملیات احیا
۳۸	ارجاع جسد به پزشکی قانونی
۳۹	دستور بستری
۴۰	شیت ICU
۴۱	شیت CCU
۴۲	شیت NICU
۴۳	پرونده دیالیز
۴۴	پرونده دو برگی اورژانس
۴۵	چک لیست بازبینی پرونده
۴۶	کارت درمانگاه
۴۷	برگ گزارش فیزیوتراپی
۴۸	ارزیابی مددکاری (تنها به مدت دو ماه با چاپ موافقت شود)

فرایند طراحی و بازنگری در فرم ها



بسمه تعالی

شماره... ۶۰۰/۲۰۹۱...
تاریخ... ۱۳۹۲/۰۲/۲۲...
پیوست... دارد...

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

سلام علیکم

احتراماً نظر به بازبینی استانداردهای واحد آمار و مدارک پزشکی در گروه مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان درخصوص طرح و بررسی فرایند طراحی و اصلاح فرم های واحد آمار و مدارک پزشکی اقدامات انجام شده جهت ابلاغ به بیمارستانهای تحت پوشش ارسال و بر اساس راهنما و فلوچارت پیوست اقدام نمائید.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

فرایند زیر باید در طراحی فرم مد نظر قرار گیرد:

۱- ابتدا **متقاضی طراحی یا اصلاح فرم** با ذکر بیان هدف از ایجاد یا اصلاح فرم، درخواست و نمونه اولیه فرم را به رئیس بیمارستان بعنوان رئیس کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات بیمارستان اعلام نماید.

۲- رئیس بیمارستان فرم را به مسئول بخش مدارک پزشکی بعنوان دبیر کمیته ارجاع می‌دهد.

۳- رئیس بخش مدارک پزشکی فرم را از نظر ساختار با مطالعه تطبیقی بررسی سپس **موضوع را** به کمیته بعنوان **دستور جلسه ارجاع** نماید.

۴- این کمیته موظف است فرم را با همکاری نماینده گروه تخصصی بیمارستان **بررسی و نسبت** به **اصلاح یا رد فرم** براساس مطالعه تطبیقی با فرمهای مشابه بررسی نموده و تصمیم گیری نماید.

فرایند زیر باید در طراحی فرم مد نظر قرار گیرد:

۵- بعد از بررسی و تأیید، فرم با نامه رسمی به معاونت درمان دانشگاه جهت بررسی در کمیته مرکزی آمار و مدارک پزشکی ارسال گردد.

۶- بررسی اولیه فرم مربوطه توسط کارشناسان گروه آمار و مدارک پزشکی (گروه فناوری اطلاعات سلامت) و با همکاری نماینده گروه‌های تخصصی انجام گردد.

۷- بررسی نهایی در کمیته مرکزی آمار و مدارک پزشکی معاونت درمان با حضور مدیر یا نماینده گروه‌های تخصصی انجام شود.

فرایند زیر باید در طراحی فرم مد نظر قرار گیرد:

۸- در صورت تأیید و تصویب فرم با رعایت قواعد طراحی و اصلاح فرم در صورتیکه پیشنهاد دهنده درخواست نموده که فرم بصورت کشوری استفاده شود، فرم با نامه رسمی معاونت درمان دانشگاه به معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، گروه مدیریت آمار و فناوری اطلاعات به انضمام مستندات ارسال گردد.

۹- کمیته کشوری آمار و مدارک پزشکی وزارتخانه با لحاظ کردن همه جوانب علمی و حقوقی موضوع را مورد بررسی قرار می دهد.

۱۰- در صورت تصویب، فرم از طریق وزارتخانه جهت بهره برداری به دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور ابلاغ می گردد.

دسته بندی فرم ها

۱- فرم های ابلاغی وزارت متبوع:

امکان اختصاصی سازی آن وجود ندارد. در صورت نیاز به اصلاح در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان مطرح و سپس مکاتبه با کمیته مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان و در نهایت مکاتبه با وزارت متبوع صورت می پذیرد. در سطح وزارت متبوع بررسی و در صورت تائید اصلاحات انجام و تحت عنوان فرم های کشوری ابلاغ خواهد شد.

۲- فرم های غیر ابلاغی بر حسب نیاز مرکز:

تصویب در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان و سپس مکاتبه با کمیته مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان، با مجوز و تائیدیه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان، این فرم خاص که نمونه ابلاغی ندارد، می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

نحوه ارزیابی فرم ها

تاکیدی که به ارزیاب شده است اینست که فرم ها **فرمت و کد کشوری** داشته باشد. گفته شده است که فرم های موجود در لیست هست فقط باید دیده شود و فرم های خارج از آن را باید صورتجلسه یا مجوز کمیته مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه مربوطه باید در واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان ببینند. اگر مجوز یا صورتجلسه را ارائه نداد، امتیاز کلا داده نمی شود.

دستور العمل سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی



سطوح دسترسی

علت تعیین سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده : حفظ امنیت اطلاعات بیمار

تعیین سطح دسترسی به پرونده به معنای:

ساز و کار مجاز نمودن کاربران جهت دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشد. پس از تایید حساب کاربری اجازه دسترسی بر حسب سطوح تعریف شده برای کاربران مختلف صادر می شود. در واقع در فرایند تعیین سطوح دسترسی، این که کدام کاربر مجاز به چه اطلاعاتی از پرونده بیمار دسترسی داشته باشد، مشخص می گردد. رویکردهای مختلفی به منظور تعیین سطح دسترسی موجود می باشد. در رویکرد کنترل دسترسی مبتنی بر نقش به دلیل انعطاف آن در دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع، مورد استفاده قرار گرفته است. در این رویکرد کاربران مختلف بر حسب نقش های خود گروه بندی شده و برای هر نقش میزان دسترسی به انواع اطلاعات بیمار تعیین می گردد.

نقش ها

منظور از نقشها در دستورالعمل سطوح دسترسی به اطلاعات و پرونده پزشکی ابلاغی وزارت متبوع، گروه های مختلف کاربران مجاز به دسترسی به پرونده بیمار می باشد. این گروه بندی معمولاً براساس نوع وظایف صورت گرفته و تعیین کننده میزان و نوع دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشد.

نقشهای تعریف شده در سند دسترسی به پرونده بیمار عبارتند از:

داخل بیمارستانی:

پزشک معالج، پزشک مشاور، پزشک مقیم یا آنکال بیمارستان، پرستار/ماما، سرپرستار، سوپروایزر بالینی/آموزشی/کنترل عفونت، متخصصان پاراکلینیک، کارشناسان واحدهای پاراکلینیک، منشی های واحدهای پاراکلینیک، متخصص/کارشناس ارشد/کارشناس تغذیه، رئیس بیمارستان/مدیر عامل، مسئول فنی بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، فراگیران در سطح دستیار/فلوشیپ/اینترنی و

خارج بیمارستانی:

دادگستری/پزشکی قانونی/کمیسیون پزشکی، سازمانهای بیمه گر، بیمار/قیم/نماینده قانونی، پژوهشگر، ثبت احوال، نیروی انتظامی، فرمانداری.

امنیت اطلاعات

امنیت اطلاعات به رعایت سه مقوله:

✓ محرمانگی اطلاعات:

تدابیری اتخاذ شود تا اطلاعات بیمار فقط در اختیار کاربران و درخواست کنندگان مجاز قرار گیرد

✓ سلامت اطلاعات:

تدابیری اتخاذ شود تا از اعمال تغییر غیرمجاز یا آسیب به اطلاعات ممانعت شود

✓ در دسترس بودن اطلاعات:

اطلاعات مورد نیاز در هنگام نیاز در دسترس کاربران و درخواست کنندگان مجاز باشد.

انواع دسترسی ???



انواع دسترسی

☐ فقط خواندن Read only

☐ درج اطلاعات Insert

☐ لغو اطلاعات Cancel

☐ ویرایش اطلاعات Edit



دسترسی فقط خواندن



عبارت است از دسترسی **در حد مشاهده اطلاعات** اعم از اطلاعات جداول پایه ای سیستم یا پرونده الکترونیکی بیمار بدون امکان درج، ویرایش و لغو اطلاعات با نام کاربری و

کلمه عبور منحصر به فرد در HIS

درج اطلاعات

به طور کلی سه نوع درج در سامانه اطلاعات بیمارستان / پرونده الکترونیک بیمار مطرح می باشد:



۱- درج اطلاعات پرونده الکترونیک

۲- ایجاد جدول / اطلاعات پایه ای سیستم

۳- تعریف محتوی جداول / اطلاعات پایه ای سیستم

لغو اطلاعات

سه نوع لغو اطلاعات در ارتباط با اطلاعات پرونده بیمار مطرح می‌باشد:



۱- لغو اطلاعات پرونده الکترونیک

۲- لغو جداول / اطلاعات پایه ای سیستم

۳- لغو محتوای جداول / اطلاعات پایه ای سیستم

نکته مهم در خصوص ویرایش اطلاعات

لازم است تاریخچه تمامی فعالیتهای کاربران شامل **درج**، **ویرایش**، **لغو** و **مشاهده**

خروجی‌ها و **پرینت** همراه با نام کاربری به طور خودکار در سیستم ثبت و طبق ضوابط

نگهداری گردد. لاگ تغییرات هر پرونده به خود پرونده الکترونیکی الصاق شده و زمان

نگهداری آن بر اساس زمان قانونی نگهداری پرونده می‌باشد.

ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

۱- نگهداری و حفاظت از پرونده پزشکی بیمار (کاغذی یا الکترونیک) از تعهدات بیمارستان محسوب می‌شود. در حالی که اطلاعات پرونده متعلق به شخص بیمار و در واقع جزء حریم شخصی وی محسوب شده و بهره برداری از آنها به جز در مواردی که به منظور:

❖ درمان خود بیمار

❖ پرداختهای مرتبط با مراقبت ارائه شده به وی

❖ پیگیری های قانونی و قضایی

❖ ارزیابی های مربوط به حوزه سلامت

❖ در ارتباط با برنامه های مرتبط با سلامت همگانی

❖ در موارد تهدید جدی برای سلامت عمومی



استفاده شوند **منوط به اجازه کتبی بیمار** می‌باشد.

ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

۲- در تمام مراکز بیمارستانی فارغ از نوع کاربری (آموزشی یا غیرآموزشی) یا وابستگی آنها (دانشگاهی، خصوصی، خیریه و وابسته به سایر نهادها) لازم است **در هنگام پذیرش**، اجازه گیرنده خدمت یا نماینده قانونی او در خصوص استفاده از اطلاعات پزشکی مستند شود (اجازه نامه پشت فرم پذیرش).

لازم است قبل از اخذ اجازه کتبی، به صراحت برای بیمار یا نماینده قانونی وی توضیح داده شود که اخذ این اجازه تنها به منظور رعایت حق بیمار از لحاظ حفظ حریم شخصی وی بوده و عدم اجازه در این خصوص تاثیری بر ارائه خدمت به بیمار نخواهد داشت.

تبصره: پذیرش در بیمارستان های آموزشی درمانی به منزله رضایت از بهره برداری و استفاده از اطلاعات نبوده و بیمارستان ملزم به رعایت بند فوق می باشد.

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

LETTER OF AUTHORIZATION

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت مشخص بیمار باشد (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد باید توسط ولی یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجانب بیمار/ولی بیمار ساکن اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب/بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله براثت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.

امضاء شاهد (۱)

تاریخ شاهد (۲)

اجازه قطع عضو

اینجانب بیمار/ولی بیمار ساکن اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان (نام عضو) اینجانب/بیمار اینجانب را از ناحیه قطع نمایند و بدینوسیله براثت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از اقدام فوق که در مورد انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.

امضاء شاهد (۱)

تاریخ شاهد (۲)

اجازه ترخیص با میل شخصی

اینجانب با میل شخصی خود برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود، نمی‌دانم.

امضاء بیمار امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار

(در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)

تاریخ شاهد (۲)

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی

اینجانب رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود/بیمار خود در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی

.. شاهد (۱)

.. شاهد (۲)

.. اعلام می‌دارم

.. امضاء بیمار یا ولی بیمار

توسط بیمارستان

تاریخ

ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

۳- در صورت درخواست کتبی بیمار با سن بالای هجده سال، ارایه کپی یا تصویر کلیه فرمها و اطلاعات پزشکی بیمار، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی، به همراه اصل تمام کلیشه ها و گرافیهها؛ پس از کنترل و برابر اصل نمودن الزامی است. در مورد بیماران زیر هجده سال، محجورین یا بیمارانی که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود هوشیاری ندارند (اغما، وضعیت های سایکوز، جنون و ...)، ارایه کپی / تصویر محتوای پرونده غیر روان بیمار، به درخواست ولی یا نماینده قانونی بیمار مجاز می باشد.

توجه!

تبصره ۱: تحويل پرونده بیماران روان، صرفا در پاسخ به پیگیری های قضایی یا قانونی مجاز است.

تبصره ۲: در صورت **فوت بیمار**، نماینده قانونی و وراث به شرط داشتن گواهی انحصار وراثت مشمول این بند خواهند

بود.

ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار



۴- تحویل یک نسخه خوانا از **فرم خلاصه پرونده** در زمان ترخیص به کلیه بیماران حتی بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می کنند، الزامی می باشد.

در مورد بیماران کودک، روانی یا محجور تحویل خلاصه پرونده به ولی یا نماینده قانونی بیمار بلامانع می باشد.

تبصره: تحویل خلاصه پرونده به همراهان بیمار **مجاز نمی باشد.**

۵- در زمان **انتقال بین بیمارستانی** بیمار جهت ادامه درمان، نسخه اصل یا اول فرم اعزام واجد مهر و امضای اصل پزشک معالج به همراه تصویر اوراق مهم پرونده باید همراه بیمار منتقل گردد.

اصل پرونده بیمار به همراه نسخه دوم فرم اعزام (اصل یا کاربن) بصورت خوانا و ممهور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد.

ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار



۶- در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار شده (سقوط بیمار از تخت - قطع عضو نابجا - عدم شناسایی بیمار - استفاده نابجا از گازهای طبی - تزریق خون اشتباه و ...)، و مرگهای مشکوک حین بستری بیمار؛ باید:

بلافاصله با قید تاریخ و ساعت دقیق واقعه، تصویر تمام اوراق پرونده تهیه و با ذکر تاریخ و ساعت دقیق کپی برداری بر روی نسخه کپی، برابر اصل شده و تا زمان بررسی حادثه در محل امن جهت هر گونه داوری یا بررسی بعدی به عنوان نسخه ایمن پرونده نگهداری شود.

ضبط و نگهداری نسخه ایمن پرونده با مسئولیت رییس بیمارستان است.

ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

۷- لازم است تمام ثبیتات پرونده پزشکی بیمار به هنگام بوده و از ارسال مجدد اصل پرونده بیماران فوتی و اعزام شده؛ به بخش درمانی مربوطه تحت عناوینی از قبیل تکمیل گزارشات و ... اکیداً اجتناب گردد.

۸- لازم است تمهیدات لازم به منظور صیانت از پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) در برابر دسترسی / استفاده / واگذاری به افراد غیرمجاز لحاظ شود. به منظور انتقال پرونده بیمار بین بخشهای مختلف بیمارستان از **فرد یا افراد معین و قابل اعتماد** استفاده شود. **خروج پرونده های بیماران از بخشها توسط همراهان بیمار ممنوع است.**



نمونه فرم درخواست پرونده

۹- لازم است برای هرگونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده، فرم درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده، ضمیمه پرونده گردد. ارایه اطلاعات منوط به بررسی درخواست و تایید نهایی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد.

	مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی فرم درخواست پرونده توسط بیمار
---	---

مسئول محترم واحد فناوری اطلاعات سلامت مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علوی با سلام احتراماً ایجناب / بیمار ایجناب فرزند در تاریخ در بیمارستان فوق تخصصی عروق علوی تحت درمان قرار گرفته و کپی اوراق بالینی جهت ارائه به مورد نیاز میباشد . خواهشمند است دستورات لازم در این خصوص را صادر فرمایید . <table border="0" data-bbox="682 1286 1829 1390"><tr><td>نام و نام خانوادگی و امضاء بیمار</td><td>نام و نام خانوادگی و امضاء همراهی بیمار</td></tr><tr><td colspan="2">نسبت با بیمار</td></tr></table>		نام و نام خانوادگی و امضاء بیمار	نام و نام خانوادگی و امضاء همراهی بیمار	نسبت با بیمار	
نام و نام خانوادگی و امضاء بیمار	نام و نام خانوادگی و امضاء همراهی بیمار				
نسبت با بیمار					

ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

۱۰- اطلاعات پرونده ممکن است در فرمت **کاغذی یا الکترونیک** در اختیار افراد یا سازمانهای درخواست کننده مجاز قرار گیرد. اطلاعات الکترونیک در قالب لوح فشرده یا از طریق پورتال استعلام مرکز و در فرمتهای معین از جمله pdf، tiff، jpeg و DICOM و ... قابل ارایه می باشد.

۱۱- لازم است بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان پیگیریهای لازم جهت **بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی** را به صورت روزانه یا حداکثر هفتگی انجام دهد.

نکته : خروج نسخه کاغذی پرونده از بایگانی صرفا جهت **درخواستهای داخلی** تصریح شده در دستورالعمل سطح دسترسی مجاز می باشد.



ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

۱۲-ارایه هرگونه اطلاعات و ارسال تصاویر اسناد با مهر "برابر اصل" با درخواست کتبی سازمانهای ذیصلاح (سازمانهای بیمه گر، نظام وظیفه ، پزشکی قانونی و...) امکانپذیر می باشد.



نکته بسیار مهم:

۱۳- ارایه پرونده به بستگان و همراهان بیمار به جز سرپرستان قانونی وی جهت ملاحظه و یا تهیه تصویر و رونوشت ممنوع می باشد.

تبصره: در مواردی که بیمار فرم اجازه ارایه کپی مدارک بالینی را تکمیل نموده باشد، افراد معرفی شده از طرف بیمار می توانند با مراجعه به بیمارستان با ارایه اصل صورتحساب و تکمیل فرم درخواست، کپی مدارک بالینی بیمار را دریافت نمایند.

نمونه فرم اجازه ارائه کپی مدارک بالینی

	رضایت نامه ارائه مدارک بالینی	کد سند: HITFR47/A تاریخ بازگویی: ۱۳۹۸/۱۱/۱۲ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲ 
--	--------------------------------------	--

احتراماً اینجانب فرزند رضایت خود را مبنی بر ارائه مدارک بالینی خود (در صورت عدم حضور اینجانب) به افراد ذیل اعلام میدارم:

۱- نام و نام خانوادگی فرد گیرنده مدارک بالینی:

نام پدر:

نسبت با بیمار:

ارائه مدارک بالینی جهت ارائه به: پزشکی قانونی ☐ بیمه ☐ پزشک معالج ☐ ادامه درمان ☐

۲- نام و نام خانوادگی فرد گیرنده مدارک بالینی:

نام پدر:

نسبت با بیمار:

ارائه مدارک بالینی جهت پزشکی قانونی ☐ بیمه ☐ پزشک معالج ☐ ادامه درمان ☐

امضا و اثر انگشت همراه بیمار به عنوان شاهد

تاریخ و امضا و اثر انگشت بیمار

رضایت ارائه کپی مدارک بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی				
اینجانب رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود/بیمار خود در امور آموزشی، تحقیقاتی، درمانی و حقوقی				
توسط بیمارستان		اعلام می دارم		
تاریخ		امضاء بیمار یا ولی بیمار		
شاهد (۱)				
شاهد (۲)				
فرم اجازه ارائه کپی مدارک بالینی				
اینجانب با آگاهی کامل از محتویات پرونده پزشکی خود افراد ذیل را به عنوان نماینده قانونی جهت دریافت کپی مدارک بالینی معرفی می نمایم . بدیهی است که افراد معرفی شده ذیل می توانند با مراجعه به بیمارستان و تکمیل فرم درخواست کپی پرونده اینجانب را دریافت نمایند .				
ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نسبت	مدت زمان دسترسی
1				نامحدود ☐ تا مورخ:
2				نامحدود ☐ تا مورخ:
3				نامحدود ☐ تا مورخ:
امضاء و اثر انگشت بیمار/ولی بیمار:		تاریخ و ساعت:		
نام و نام خانوادگی و امضاء شاهد اول:		نام و نام خانوادگی و امضاء شاهد دوم:		
- این فرم در زمان ترخیص توسط بیمار بیمار تکمیل گردد. - بیمار می تواند دسترسی افراد معرفی شده را برای مدت زمان خاص با تکمیل ستون آخر محدود نماید. - تکمیل این فرم توسط بیمار اختیاری بوده و لزومی به تکمیل آن توسط کلیه بیماران نمی باشد.				
تحويل مدارک بالینی اینجانب به هیچکس مجاز نمی باشد. ☐ امضاء و اثر انگشت بیمار				

ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

۱۴- **ارایه اطلاعات هویتی بیماران** در رویه های جمع آوری یا ثبت داده (بر اساس محتوای پرونده بیمار) ممنوع می باشد.

۱۵- پرونده بالینی از مهمترین منابع آموزش، تحقیقات بالینی و مطالعات اپیدمیولوژیک محسوب می شود. با این حال، **ارایه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات و آموزش پزشکی**، با اجازه کتبی و بلاشرط بیمار در زمان مقتضی (موضوع بند ۲) مجاز می باشد. (اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی)

ادامه ضوابط کلی و دستورالعمل ارائه اطلاعات پرونده بیمار

تبصره ۱: رضایت بیمار در خصوص اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی، فقط در خصوص اطلاعات بالینی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار بوده و **افشای هویت بیمار (از طریق شناسه های هویتی)** در هیچ یک از مراحل پژوهش مجاز نمی باشد.

تبصره ۲: لازم است بیمارستان، تمهیدات لازم را در خصوص رعایت حق بیمار از لحاظ حفظ حریم شخصی و عدم افشای اطلاعات هویتی وی در خلال تحقیقات لحاظ نماید. هم چنین لازم است قبل از واگذاری اطلاعات، تمهیدات پژوهشگر در این خصوص بررسی و **تاییدیه کمیته اخلاق** در این رابطه اخذ شده باشد. در این رابطه، امضای تعهد نامه حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر مسئول، الزامی می باشد.

سطح دسترسی به محتوای پرونده پزشکی بیمار

در دستورالعمل سطوح دسترسی جهت ارتقای امنیت اطلاعات پرونده بیمار، سطوح دسترسی به محتوای پرونده پزشکی بیمار تعیین شده است.

این که کدام نقشهای درون و برون سازمان مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشند و نوع، میزان و زمان دسترسی آنها مشخص شده است. رویکرد منتخب جهت تعیین سطوح دسترسی به پرونده پزشکی، رویکرد مبتنی بر نقش بوده است. در این رویکرد کاربران مختلف بر حسب نقش های خود گروه بندی شده و برای هر نقش میزان دسترسی به انواع اطلاعات بیمار تعیین میگردد.



جدول خام سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				نقش‌ها
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	درج اطلاعات	فقط خواندن	
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات		

حذف دسترسی‌های:

درج اطلاعات

ویرایش اطلاعات

لغو اطلاعات

گروه‌های مختلف کاربران مجاز به دسترسی به پرونده بیمار می‌باشد. این گروه بندی معمولاً بر اساس نوع وظایف صورت گرفته و تعیین کننده میزان و نوع دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می‌باشد.

جدول ۲-۱-۱- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش				
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	(دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
پزشک معالج	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان صرفاً در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار	✓		تا زمان ترخیص بیمار
پزشک مشاور	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت مشاوره در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	×	✓	تا زمان تایید نهایی	✓		تا زمان ترخیص بیمار
پزشک مقیم یا آنکال	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بخش	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	×	تا پیش از تایید توسط پزشک معالج	تا زمان ترخیص بیمار	✓		تا زمان ترخیص بیمار

❖ در صورت تکمیل فرم ترخیص یا میل شخصی، دسترسی صرفاً به فرم خلاصه پرونده جهت ثبت اطلاعات توسط پزشک حداکثر تا یک هفته پس از ترخیص بیمار

جدول ۲-۱-۱- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) - ادامه

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش							سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
پرستار / ماما	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مراقبت در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	آخرین گزارش ثبت شده و تا پایان همان شیفت کاری	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×
سرپرستار	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مراقبت در بخش مربوطه	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار
سوپروایزر بالینی / آموزشی / کنترل عفونت	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بیمارستان	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار
منشی بخش بالینی	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	آخرین درخواست در هر گروه خدمتی تا قبل از تأیید انجام آن	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×

جدول ۲-۱-۱ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) – ادامه

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش							سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
کارشناسان واحدهای پاراکلینیک	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×
منشی‌های واحدهای پاراکلینیک	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×
متخصصان پاراکلینیک	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بیمارستان	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ثبت گزارش در سیستم	با تکمیل فرم درخواست و تأیید رئیس بیمارستان	کل پرونده	تا زمان ثبت گزارش در سیستم
متخصص / کارشناس ارشد / کارشناس تغذیه	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	✓	تا زمان ترخیص

جدول ۲-۱-۱ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک)

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						نقش ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک					پرونده کاغذی
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن		
تا زمان ترخیص	✓	✓	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش ها	رئیس بیمارستان / مدیر عامل
تا زمان ترخیص	✓	باتکمیل فرم درخواست تا پایان همان شیفت کاری	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش ها	مسئول فنی بیمارستان
تا زمان ترخیص بیمار	✓	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش ها	مدیر بیمارستان
تا زمان ترخیص بیمار	✓	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش ها	مدیر پرستاری

جدول ۲-۱-۱ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار – ادامه

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش		سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش		نقش‌ها					
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی		پرونده الکترونیک			پرونده کاغذی	
					فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات		لغو اطلاعات
تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد. ♦♦	تا زمان ترخیص بیمار	✓	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار بخش آموزشی مربوطه	فراگیران گروه پزشکی در سطح دستیار و فلوشیپ
تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد.	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار بخش آموزشی مربوطه	سایر فراگیران پزشکی (غیر از دستیار و فلوشیپ)
تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط مسئول مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت اهداف آموزشی در اختیار قرار می‌گیرد.	×	×	×	×	×	×	دانشجویان پرستاری، مامایی یا پیراپزشکی در حال آموزش در مراکز آموزشی
♦ بدیهی است تمام دستورات درج شده توسط دستیار و فلوشیپ مطابق قوانین آموزشی باید به تائید پزشک معالج (اتند) برسد.									
♦♦ در ساعات غیر اداری و ایام تعطیل یا مرخصی مسئول واحد مدیریت اطلاعات، تائید توسط جانشین وی صورت پذیرد.									

جدول ۱-۲-۱ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) – ادامه

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش							سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
پذیرش	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	در صورت عدم ارائه وثیت هر نوع خدمت	تا پایان همان شیفت کاری	×	×	×
کدگذار	دسترسی کامل به پرونده بیماران	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	×	تا زمان ثبت کدهای تشخیص و اقدامات در سیستم	یا تکمیل فرم درخواست و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات	✓	تا پایان شیفت کاری
کارشناس مدارک پزشکی	دسترسی کامل به پرونده بیماران	✓	×	×	×	نامحدود	دسترسی کامل به پرونده سوابق بیماران ترخیص شده جهت پاسخ‌گویی به درخواستها بر اساس ضوابط	✓	نامحدود
مسئول واحد مدیریت اطلاعات*	دسترسی کامل به پرونده بیماران	✓	×	اطلاعات هرتی و دموگرافیک	در صورت عدم ارائه وثیت هر نوع خدمت	نامحدود	دسترسی کامل	✓	نامحدود
کارشناس IT	×	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	✓

* در شیفت‌های عصر و شب و تعطیلات از طریق تفویض اختیار به سر شیفت پذیرش

جدول ۲-۱-۱ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) – ادامه

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						نقش ها
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک			پرونده کاغذی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			
×	×	×	تا زمان ارسال فیزیکی و الکترونیکی پرونده به کارشناسان ناظر سازمان بیمه گر	×	×	فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد ترخیص
×	×	×	تا تکمیل بررسی توسط سازمان های بیمه گر و ارسال سطح دو صورتحساب توسط کارشناس ناظر بیمه نهایتا تبدیل پرونده به پرونده بایگانی و سند	در فیلدهای مالی	در فیلدهای مالی پس از بررسی و در صورت نیاز، اصلاح اطلاعات در HIS	در فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد درآمد
×	×	×	تا زمان انجام بررسی و اعمال کسور احتمالی در پرونده الکترونیک و پرینت سطح دو صورتحساب	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	مقوم بیمه
×	×	×	×	×	×	صرفا تایید مبلغ قابل پرداخت یا بازپرداختی	×	×	صندوق
×	×	×	×	×	×	×	×	×	مدیر و کارشناس امور مالی

جدول ۱-۲-۱ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) – ادامه

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
نقش‌ها	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک				زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات				
دیر کمیته های بیمارستانی (اخلاق، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، عفونت و ...)	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت بررسی در کمیته	✓	×	×	×	×	یا درخواست کتبی دیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی	✓	به مدت یک هفته
وکیل حقوقی بیمارستان	×	✓	×	×	×	×	با درخواست کتبی وکیل حقوقی بیمارستان به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی، کمیته پرونده‌ها در اختیار قرار می‌گیرد	✓	به مدت یک هفته
مددکار	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	×	×	×	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	✓	تا زمان ترخیص بیمار

جدول ۱-۲-۱ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) – ادامه

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
نقش‌ها	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
داروساز بالینی / داروساز	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	✓	تا زمان ترخیص بیمار
کارشناس داروخانه	×	×	پاسخ دهی درخواست یا تایید بازگشت دارویی	×	×	×	×	×	×

جدول ۲-۲-۱ سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک)

درخواست کننده ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			
	نحوه دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک	زمان دسترسی	نحوه دسترسی	پرونده الکترونیک		زمان حدوث
						از طریق پورتال	ارائه لوح فشرده	
بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه	با ارائه معرفی نامه یا حکم ماموریت	دسترسی به پرونده کلیه بیماران بستری در بخش جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات	دسترسی به پرونده کلیه بیماران بستری در بخش جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات (فقط خواندن)	تا پایان ماموریت	با ارائه معرفی نامه یا حکم ماموریت	دسترسی به سوابق کلیه بیماران جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات و در صورت لزوم اخذ کپی برابر اصل از پرونده	فقط خواندن و اخذ پرینت	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می گردد
بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر	×	×	×	×	با نامه رسمی و اجازه بیمار	دسترسی به کپی پرونده جهت ادامه درمان	فقط خواندن و اخذ پرینت	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می گردد

درخواست های برون سازمانی

جدول ۲-۲-۱ سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک)

درخواست کننده ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش				
	نحوه دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک	زمان دسترسی	نحوه دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک		
							از طریق پورتال استعلام	ارائه لوح فشرده	
دادگستری / پزشکی قانونی / کمیسیون پزشکی	با ارسال نامه رسمی	دسترسی به کپی برابر اصل پرونده	فقط خواندن	تا زمان ترخیص	با نامه رسمی	دسترسی به کپی برابر اصل پرونده	فقط خواندن و اخذ پرینت	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	حداکثر دو هفته از تاریخ ارسال پرونده، در صورت نیاز مجدداً، درخواست تمدید مدت قبل از سررسید دو هفته به دانشگاه ارسال گردد. حداکثر تعداد درخواست تمدید دو بار
سازمانهای بیمه گر	×	×	×	×	دسترسی کامل به پرونده های بیمه شدگان تحت پوشش	دسترسی به اصل پرونده جهت بررسی و تأیید بیمه بیمار، توسط کارشناسان مقیم سازمانهای بیمه گر در بیمارستان و در صورت نبود کارشناس مقیم دسترسی به کپی پرونده جهت بازپرداخت و دریافت غرامت دستمزد (از کار افتادگی) یا نامه رسمی و تأیید رییس بیمارستان	فقط خواندن و اخذ پرینت	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	-

جدول ۲-۲-۱ سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک)

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					درخواست کننده-ها
زمان عودت	پرونده الکترونیک		پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی	نحوه دسترسی		
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال استعلام مرکز								
-	در صورت درخواست در قالب CD	با مراجعه حضوری و احراز هویت فقط خواندن و اخذ پرینت	کپی پرونده بدون مهر برابر اصل در اختیار بیمار/ نماینده قانونی قرار می گیرد	مراجعه حضوری و درخواست کپی	تا پایان ترخیص	فقط خواندن	دسترسی به کپی پرونده	با درخواست کپی بیمار یا نماینده قانونی و تایید پزشک معالج	بیمار/قیم/نماینده قانونی	
-	-	فقط خواندن	مطالعه پرونده در محل بایگانی بیمارستان بدون اجازه کپی یا عکسبرداری	با معرفی نامه از معاونت پژوهشی، آموزشی یا درمان دانشگاه مربوطه و اخذ کد اخلاقی	تا پایان ترخیص	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار(صرفا خواندن)	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار(صرفا خواندن)	با معرفی نامه از معاونت پژوهشی، آموزشی یا درمان دانشگاه مربوطه	پژوهشگر	
پاسخگویی کامل به استعلام ها					×	×	×	×	ثبت احوال	
پاسخگویی کامل به استعلام ها					×	×	×	×	نیروی انتظامی (نظام وظیفه، آگاهی، کلاتری)	
پاسخگویی کامل به استعلام ها					×	×	×	×	فرمانداری	

جدول ۲-۲ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه							سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار		
	پرونده کاغذی درمانگاهی	پرونده الکترونیکی				زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیکی (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی	
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات					
پزشک/متخصص / فوق تخصص	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (شکایت بیمار، شرح حال، نتایج معاینات فیزیکی، تشخیص، نسخه دارویی / درخواست خدمت پاراکلینیک، نتیجه ویزیت (مراجعه بعدی بیمار، بستری و ...))	×	✓	تا پایان ویزیت (پس از ذخیره نتایج معاینه پزشک)	✓	✓	تا پایان ویزیت	
ارایه دهنده خدمت پاراکلینیک (کارشناس / کارشناس ارشد / متخصص)	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	✓	تایید یا رد خدمت درخواست شده و ثبت گزارش خدمت	×	✓	پس از ذخیره گزارش خدمت درمانگاهی یا پاراکلینیکی	✓	✓	تا پایان خدمت	

جدول ۲-۲ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه				سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار		
نقش‌ها	پرونده کاغذی درمانگاهی	پرونده الکترونیکی				پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات			
مسئول درمانگاه	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	✓	×	×	آخرین درخواست از هر گروه خدمتی، در صورت نایب لغو خدمت توسط ارابه دهنده خدمت *	×	×	تا پایان ویزیت بیمار
رئیس بیمارستان / مدیر	دسترسی کامل به پرونده بیمار	✓	×	×	×	✓	✓	تا پایان ویزیت بیمار

* آخرین درخواست (ویزیت، خدمات پاراکلینیک و ...)

جدول ۲-۲ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه							سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار	
	پرونده کاغذی درمانگاهی	فقط خواندن	درج اطلاعات	پرونده الکترونیکی		زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی
				ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات				
پذیرش درمانگاه	دسترسی کامل به پرونده مراجعه کنندگان به درمانگاه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط با پذیرش	✓ به استثنای اطلاعات هوشی بیمار	×	تا پایان همان شیفت کاری	×	×	×
مسئول واحد مدیریت اطلاعات	دسترسی کامل به پرونده بیماران	✓	×	اطلاعات هوشی و دموگرافیک	×	نامحدود	دسترسی کامل	✓	نامحدود
IT	×	✓	×	×	×	نامحدود	×	×	×

جدول ۲-۲ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه									نقش‌ها
سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار			زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی				پرونده کاغذی درمانگاهی	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	پرونده کاغذی		لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن		
X	X	X	تا تکمیل بررسی توسط سازمان های بیمه گر و ارسال سطح دو صورتحساب توسط کارشناس ناظر بیمه نهایتا تبدیل پرونده به پرونده بایگانی و سند	در فیلدهای مالی	در فیلدهای مالی پس از بررسی و در صورت نیاز، اصلاح اطلاعات در HIS	در فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد درآمد
X	X	X		X	X	صرفا تایید مبلغ قابل پرداخت یا بازپرداختی	X	X	صندوق
X	X	X	X	X	X	X	X	X	مدیر / کارشناس امور مالی

جدول ۲-۲ سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه				سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار		
	پرونده کاغذی درمانگاهی	پرونده الکترونیکی				پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات		
دیر کمیته های بیمارستانی (اخلاق، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسج، عفونت و سایر کمیته ها)	×	×	×	×	×	✓	(حداکثر یک هفته)
وکیل حقوقی بیمارستان	×	×	×	×	×	✓	با توجه به اراده کپی تعیین زمان جایگاهی ندارد
دانشجویان پزشکی / پیراپزشکی در حال آموزش در مراکز آموزشی درمانی	دسترسی کامل به پرونده بیمار درمانگاه بخش آموزشی مربوطه	✓	شرح حال بیمار مشروط به تایید پزشک اتند	×	×	✓	تا پایان ویزیت بیمار
							معاون آموزشی / پژوهشی

جدول ۲-۳ سطح دسترسی به اطلاعات پایه سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS)

سطح دسترسی به تنظیمات جداول پایه				نقش
زیرسیستم مجاز یا وظایف مربوطه در خصوص HIS	فقط خواندنی	درج / لغو <u>محتوی</u> اطلاعات جداول پایه HIS	درج / ویرایش / لغو جداول و اطلاعات پایه HIS	
کلید زیرسیستم و خروجی های HIS	✓	×	×	ناظر فنی ستادی HIS
- زیرسیستم تعریف کاربران و سطوح دسترسی - کلید زیرسیستم و خروجی های HIS	✓	✓	×	ناظر اجرایی HIS
- زیر سیستم های مدیریت اطلاعات جداول پایه ای ، دامنه آنها و سطوح دسترسی (بعنوان همکار ناظر) به منظور بالایش تنظیمات انجام شده.	✓	×	×	مدیر بخش مدیریت اطلاعات سلامت
اعمال تغییرات در دامنه اطلاعات جداول پایه زیر سیستم مجاز تحت مدیریت نظیر تنظیمات خدمات مربوط (به عنوان مثال مسئول امور مالی و حسابداری / درآمد / ترخیص مجاز به تعریف قرارداد پزشکان و کارشناسان در HIS، قراردادهای بیمه ای و هزینه های خدمات) در HIS در زیرسیستم مربوطه	✓	✓	×	مسئول کلید واحدهای بیمارستانی اعم از واحدهای درآمدی / کلینیکی / پاراکلینیکی / درمانگاه / داروخانه و ...
- بانک اطلاعاتی بیمارستان (HIS-DB) - کلید زیرسیستم های HIS - اعمال استانداردهای مصوب وزارت بهداشت	✓	✓	✓	کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

نقش	حیطه مستندسازی	عناصر اطلاعاتی مرتبط
پزشک معالج	شرح حال	تمام عناصر اطلاعاتی فرم شرح حال استاندارد
	سیر بیماری	عنصر اطلاعاتی "پیشرفت معالجات"
	درخواست مشاوره	درخواست مشاوره با... نوع مشاوره، تشخیص اولیه، گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره، تایید دستورات پزشک مشاور
	شرح عمل جراحی	تشخیص قبل و بعد از عمل، نوع عمل جراحی، برداشتن نمونه، شرح عمل و مشاهدات، دستورات بعد از عمل
	مراقبت بعد از جراحی	عنصر اطلاعاتی دستورات پزشک بعد از جراحی
	دستورات پزشک	عنصر اطلاعاتی "دستورات پزشک" - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت
	گزارش رادیولوژی	نوع رادیوگرافی درخواستی، تاریخچه، علایم بالینی و تشخیص
	سیر بیماری در بخش مراقبتهای ویژه	عناصر اطلاعاتی "APACHE II score" و "SOFA score"
	ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان	تایید اطلاعات ثبت شده در فرم های ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان استاندارد توسط کارشناس / کارشناس ارشد / متخصص تغذیه
	ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تایید اطلاعات ثبت شده در فرم های ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی
	خلاصه پرونده	تمام عناصر اطلاعاتی فرم خلاصه پرونده استاندارد
	پذیرش و خلاصه ترخیص	تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی، علت خارجی، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص. * در مراکز آموزشی تکمیل این عناصر اطلاعاتی ممکن است توسط اینترن یا دستیار و با تایید نهایی پزشک معالج صورت گیرد.
	گواهی فوت (بزرگسال و دوره پریناتال)	تمام عناصر اطلاعاتی گواهی فوت استاندارد

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

پزشک مشاور	نتیجه مشاوره	مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها) - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت
------------	--------------	---

سایر پزشکان مقیم یا آنکال بیمارستان	سیر بیماری	عنصر اطلاعاتی "پیشرفت معالجات"
	دستورات پزشک	عنصر اطلاعاتی "دستورات پزشک" - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت
منخصص بیهوشی	مراقبت بیهوشی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم بیهوشی
	مراقبت بعد از جراحی	مایعات داخل وریدی، خون، پلاسما، گلوکز و مایعات الکترولیت، مایعات دفع شده، تعداد مایعات، مشاهدات و معالجات در زمان مراقبت، اکسیژن، از راه..... تنفس مصنوعی، به وسیله
عامل زایمان (ماما/ منخصص زنان و زایمان)	شرح حال مادر باردار، فرم ثبت پیشرفت زایمان، فرم پارتوگراف، فرم زایمان، فرم مراقبت پس از زایمان، فرم توریقات سولفات منیزوم، فرم ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان	تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای ابلاغی * تکمیل فرم ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان ترجیحا باید توسط منخصص زنان و زایمان (پزشک معالج) باشد. در صورت تکمیل فرم توسط ماما، تایید موارد و تصمیم گیری نهایی بر عهده پزشک می باشد. ** در مراکز آموزشی درج اطلاعات این فرم ها توسط رزیدنت زنان هم مجاز می باشد.
	شرح حال نوزاد بدو تولد	عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم استاندارد شرح حال نوزاد در بدو تولد

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه دوم فرم استاندارد شرح حال نوزاد در بدو تولد شامل جدول آپگار، توضیحات و احواء، درج اثر انگشت مادر و اثر پای راست و چپ نوزاد نیز به عهده مراقب نوزاد می باشد.	شرح حال نوزاد بدو تولد	
عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد توسط مامای مراقب نوزاد درج می شود. * درج اطلاعات صفحه اول این فرم توسط عامل زایمان نیز مجاز می باشد. ** عنصر اطلاعاتی مهر و امضای "<u>تحويل دهنده نوزاد</u>" توسط مامای مراقب نوزاد در اتاق عمل یا اتاق زایمان و عنصر اطلاعاتی مهر و امضای "<u>تحويل گیرنده نوزاد</u>" توسط مامای بخش پست پارتوم یا سرپرستار/ مسئول شیفت بخش نوزادان درج می شود.	معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد	مامای مراقب نوزاد
عناصر اطلاعاتی بخش معاینه بدنی و بررسی های پزشک در صفحه دوم فرم معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد توسط متخصص نوزادان ثبت می شود. * در مراکز آموزشی، درج این عناصر اطلاعاتی توسط رزیدنت نوزادان هم مجاز می باشد.	معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد	متخصص نوزادان

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

پرستار بخش	گزارش پرستار	ثبت مشاهدات پرستار *
	* در بخشهای مراقبت ویژه: ثبت تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای استاندارد بخشهای مراقبت ویژه عمومی، اطفال و نوزادان به استثنای "APACHE II score" و "SOFA score"	
	دستورات پزشک	تایید انجام دستورات پزشک در فرم دستورات پزشک
	کنترل علائم حیاتی	ثبت علائم حیاتی
		ثبت دارو، خدمات پاراکلینیک و مشاوره های درخواستی پزشک
	جذب و دفع مایعات	ثبت عناصر اطلاعاتی مرتبط با جذب و دفع مایعات
	مراقبت قبل از جراحی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد مراقبت قبل از عمل جراحی
	مراقبت بعد از جراحی	تایید انجام دستورات پزشک بعد از جراحی با ذکر مشاهدات
	ارزیابی اولیه بیمار	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی اولیه بیمار
	آموزش بیمار	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد آموزش بیمار
سرپرستار	تایید عناصر اطلاعاتی درج شده توسط پرستار و منشی بخش؛ تایید تطابق چک دستورات پزشک با دستورات، تایید مستندات مرتبط با آموزش بیمار، چک اصلاح تلفیق دارویی در دستورات پزشک، تایید مستندات مرتبط با تحویل گزارشات پاراکلینیک به بیمار	

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

تمام عناصر اطلاعاتی مرتبط با مراقبت قبل از عمل جراحی که توسط پرستار بخش درج شده توسط پرستار اتاق عمل تایید می شود. توضیحات پرستار اتاق عمل در فیلد اطلاعاتی نظریه (note) درج می شود.	مراقبت قبل از جراحی	پرستار / تکنسین اتاق عمل
نام جراحی، کمک اول، کمک دوم، بیهوشی دهنده، نوع بیهوشی، نام پرستار اتاق عمل و پرستار کمک، زمانهای شروع و خاتمه عمل، نوع عمل، انطباق شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل، تایید ارسال نمونه برای آزمایشگاه	گزارش عمل جراحی	
ساعت ورود و خروج از ریکاوری، وضعیت عمومی، بیداری، فشار خون، نبض، تنفس، سیانوز موضعی و عمومی، رنگ پوست و حرارت پوست زمان ورود و خروج از ریکاوری	مراقبت بعد از جراحی	پرستار ریکاوری
ثبت ویزیت و درخواست دارو و خدمت در HIS	---	منشی بخش بالینی
انتقال بیمار شامل تاریخ انتقال، به بخش، از بیمارستان به بیمارستان مشاوره داشته، تعداد مشاوره و مدت اقامت بیمار	پذیرش و خلاصه ترخیص	
ثبت خدمت پاراکلینیک انجام شده	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	منشی بخشهای پاراکلینیک

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

کارشناس پاراکلینیک	واحدهای	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	گزارش خدمات پاراکلینیک
منخصص پاراکلینیک	واحدهای	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	ثبت گزارش خدمت، نظریه و تایید گزارش خدمات پاراکلینیک
کاردیولوژیست		گزارش الکتروکاردیوگرام	گزارش الکتروکاردیوگرام
منخصص / کارشناس ارشد / کارشناس تغذیه		ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تغذیه ای بزرگسالان و کودکان
داروساز بالینی		تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای استاندارد تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی
مددکار		ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی
		مدیریت مورد مددکاری اجتماعی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد مدیریت مورد مددکاری اجتماعی
پذیرش	پذیرش و خلاصه ترخیص	کدملی، نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، جنس، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، محل صدور شناسنامه، مذهب، شغل، محل کار، آدرس و تلفن، همراه یا معرف بیمار، آدرس و تلفن همراه، تاریخ و ساعت پذیرش، بخش، پزشک بستری کننده، نوع پذیرش، به مرکز انتظامی اطلاع داده شد، نوع بیمه، شماره بیمه	

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

کدگذار بیماری ها و اقدامات درمانی	پذیرش و خلاصه ترخیص	کد تشخیص های اولیه، حین درمان، نهایی و اقدامات جراحی و درمانی انجام شده
فراگیران گروه پزشکی (فلوشیپ و دستیارها)	شرح حال و سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری
	دستورات پزشک	ثبت دستورات پزشک (در خصوص دستیاران سال اول، ثبت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتند می باشد).
	مشاوره ها	ثبت مشاوره ها (در خصوص دستیاران سال اول، ثبت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتند می باشد).
	پذیرش و خلاصه ترخیص	نتایج آزمایشات و عکسبرداری ها، تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی، علت خارجی، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، تاریخ اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، تاریخ و ساعت فوت، علت فوت، فوت قبل / بعد از ۲۴ ساعت
فراگیران گروه پزشکی به جز فلوشیپ و دستیارها	شرح حال و سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری مشروط به تایید دستیار ارشد

عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

ترخیص	صورتحساب	تمام فیلدهای مالی فرم صورتحساب شامل: تغییر نوع بیمه پایه و بیمه تکمیلی، تعیین سقف بیمه مکمل برای خدمت یا دارو و لوازم خاص یا کل پرونده، اعمال طرح سلامت شهری یا روستایی، محاسبه گلوبال پرونده، محاسبه پرونده ها مطابق تعرفه جدید، تعداد و نوع ویزیت، نام پزشک ویزیت کننده، تعداد و نوع مشاوره و نام پزشک مشاوره دهنده، حق العمل جراح و کمک جراح و اعمال کدهای تعدیلی، بیهوشی و کدهای تعدیلی بیهوشی، اتاق عمل، پروسیجرها، هزینه آمبولانس، تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان، تعداد و نوع خدمات پرستاری.
درآمد	صورتحساب	تغییر درصد بیمه پایه و بیمه مکمل تغییر وضعیت انجام خدمت تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان تعداد و نوع خدمات پرستاری. حق العمل ها
	کسورات	کسورات بیمه
مستدوق	دریافت و پرداخت	مبلغ دریافتی، مبلغ استرداد، مبلغ تخفیف

نامه ارسالی در خصوص اهمیت رعایت دستورالعمل سطوح دسترسی

باسمه تعالی

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان (تابعه دانشگاه)
رئیس محترم بیمارستان (دانشگاهی، عمومی، خصوصی و خیریه)

سلام علیکم

احتراماً، نظر به گزارشات ارسالی و بازدیدهای صورت گرفته مبنی بر عدم رعایت دستورالعمل سطوح دسترسی به پرونده پزشکی ابلاغی وزارت متبوع به شماره ۹۸/۴۹۱۳۸۵ مورخ ۹۸/۱۰/۲۱ توسط برخی مراکز، به پیوست دستورالعمل مذکور مجدداً جهت دستور اقدام لازم و نظارت بر حسن اجرا به حضور ارسال می گردد. مقتضی است با عنایت به اهمیت رعایت اصول محرمانگی اطلاعات بیمار، دستورات لازم را در خصوص رعایت موارد ذیل مبذول فرمائید:

۱- در صورت درخواست کتبی بیمار یا سن بالای هجده سال، ارائه کپی یا تصویر فرمها و اطلاعات پزشکی بیمار، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی، به همراه اصل تمام کلیشه ها و گرافیکها؛ پس از کنترل و برابر اصل نمودن، الزامی است. در مورد بیماران زیر هجده سال، محجورین یا بیمارانی که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود هوشیاری ندارند (اغما، وضعیت های سایکوز، جنون و ...)، ارائه کپی/ تصویر محتوای پرونده غیر روان بیمار، به درخواست ولی یا نماینده قانونی بیمار، مجاز می باشد.

۲- تحویل پرونده بیماران روان، صرفاً در پاسخ به پیگیری های قضایی یا قانونی مجاز است.

۳- در صورت فوت بیمار، نماینده قانونی و وراث به شرط داشتن گواهی انحصار وراثت، مجاز به دریافت مدارک بالینی بیمار خواهند بود.

۴- تحویل یک نسخه خوانا از فرم خلاصه پرونده در زمان ترخیص به کلیه بیماران حتی بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می کنند، الزامی می باشد. در مورد بیماران کودک، روانی یا محجور، تحویل خلاصه پرونده به ولی یا نماینده قانونی بیمار، بلامانع می باشد. تحویل خلاصه پرونده به همراهان بیمار مجاز نمی باشد.

۵- لازم است برای هرگونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده، فرم درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده، ضمیمه پرونده گردد. ارائه اطلاعات منوط به بررسی درخواست و تایید نهایی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد.

۶- ارائه پرونده به بستگان و همراهان بیمار به جز سرپرستان قانونی وی، جهت ملاحظه و یا تهیه تصویر و رونوشت ممنوع می باشد.

نامه ارسالی در خصوص اهمیت رعایت دستورالعمل سطوح دسترسی

معاونت درمان



شماره: ۹۹/۳۴۰۰۵۰
تاریخ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۷
پیوست: دارد

۷- در مواردی که بیمار فرم اجازه ارائه کپی مدارک بالینی را تکمیل نموده باشد، افراد معرفی شده از طرف بیمار می توانند با مراجعه به بیمارستان با ارائه اصل صورتحساب و تکمیل فرم درخواست، کپی مدارک بالینی بیمار را دریافت نمایند. / ۷۹۶۶۶۶۴

دکتر شاپور بدیعی اول
معاون درمان دانشگاه

از طرف، سیدجواد حسینی

رونوشت :

- جناب آقای دکتر حسینی، قائم مقام محترم معاون درمان دانشگاه، جهت اطلاع.
- مدیران محترم درمان دانشگاه، جهت اطلاع.
- جناب آقای یزدان دوست، کارشناس محترم امور حقوقی معاونت درمان، جهت اطلاع.

دستور العمل تغییر اطلاعات هویتی



دستور العمل تغییر اطلاعات هویتی

با توجه به عدم وجود فرمت یکسان و مناسب جهت اصلاح اطلاعات هویتی و نیاز به وجود فرم برای یکسان سازی گردآوری اطلاعات، طراحی فرمی توسط کمیته مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان انجام گردید. فرم اصلاح اطلاعات هویتی بیمار **تنها قبل از ترخیص بیمار**، می تواند مورد استفاده قرار گیرد. رعایت موارد زیر در تکمیل فرم مذکور ضرورت دارد:

۱- فرم تنها برای تغییر اطلاعات هویتی بیمار قبل از ترخیص کاربرد دارد و **اصلاح اطلاعات هویتی بیمار پس از ترخیص، تنها با دستور مقام قضایی امکان پذیر می باشد.**

۲- در صورت تشخیص مدیریت بیمارستان، امکان تفویض اختیار جهت امضاء از طرف ایشان وجود دارد.

۳- در صورت بیمه بودن بیمار، بررسی و تائید فرم توسط کارشناس بیمه الزامی است.

دستورالعمل تغییر اطلاعات هویتی

فرایند استفاده از فرم، با درخواست اصلاح اطلاعات توسط بیمار/ولی بیمار با ارائه کارت شناسایی معتبر، آغاز می‌شود. پس از احراز هویت بیمار توسط مددکار و سرپرستار/مسئول شیفت، مراتب به مسئول فناوری اطلاعات سلامت اطلاع رسانی می‌گردد. پس از امضاء فرم توسط افراد مرتبط، مطابق فرم پیوست، اصلاح اطلاعات در پرونده کاغذی و الکترونیک، صورت می‌پذیرد. در نهایت الصاق اصل فرم، به پرونده انجام می‌گردد.

در صورتیکه بیمار از بیمارستان مرخص شده است، تغییر اطلاعات هویتی بیمار تنها با نامه کتبی از مراجع قضایی امکان پذیر می‌باشد.

دستور العمل شناسایی بیماران مجهول الهوية



دستورالعمل شناسایی بیماران مجهول الهویه

با توجه به اهمیت شناسایی بیماران مجهول الهویه و عدم وجود فرم یکسان و مناسب برای این امر، فرم شناسایی بیماران مجهول الهویه (اورژانس) با حضور نماینده محترم اداره بازرسی دانشگاه در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت توسط معاونت طراحی شد (فرم پیوست)

برای تکمیل فرم می‌بایست **کارکنان واحد تریاژ** وجود بیمار مجهول الهویه را به واحد فناوری اطلاعات سلامت و حفاظت فیزیکی، اطلاع رسانی نمایند و ردیف اول فرم توسط واحد فناوری اطلاعات سلامت و حفاظت فیزیکی تکمیل شود.

دستورالعمل شناسایی بیماران مجهول الهویه

قسمت های "مشخصات مرکز نیروی انتظامی اطلاع رسانی شده" و "متعلقات بیمار"، توسط حفاظت فیزیکی انجام خواهد شد. ثبت وضعیت بیمار در بدو ورود، مشخصات بیمار و خصوصیات بارز بیمار بر عهده پرستار تریاژ می باشد. در انتها وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و اطلاعات مربوط به تحویل بیمار، توسط پرسنل مددکاری، تکمیل خواهد شد. اصل فرم تکمیل شده می بایست به پرونده کاغذی بیمار، الصاق گردد. همچنین در صورت شناسایی بیمار، تکمیل فرم اصلاح اطلاعات هویتی بیمار با استفاده از کارت شناسایی معتبر عکس دار، الزامی می باشد. لازم به ذکر است ویرایش فرم شناسایی بیماران مجهول الهویه، پس از دریافت نظرات ارسالی از بیمارستان ها، امکان پذیر خواهد بود.

فرم لباس کارکنان

معرفی پوشش رده های مختلف کارکنان



باسمه تعالی

رؤسای محترم بیمارستان های دولتی ، خصوصی، خیریه و ... مشهد
مدیران محترم شبکه های بهداشت و درمان تابعه دانشگاه

سلام علیکم

احتراماً، پیرو نامه شماره ۹۶/۳۰۲۳۵۷ مورخ ۹۶/۵/۷ و نظر به ابهامات و سوالات مکرر همکاران از مراکز مختلف، همچنین اهمیت به روز رسانی و ویرایش دستورالعمل های ارسالی، و با توجه به استاندارد های ملی پوشش بیماران و کارکنان، و راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان های ایران ویرایش چهارم (محور ج - حمایت از گیرنده خدمت، زیر محور تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت استاندارد ج - ۱-۱، سنجه ج - ۱-۱-۴: شناسایی کارکنان به تفکیک مشاغل و بر اساس پوشش و کارت شناسایی برای کارکنان) در کمیته تخصصی پوشش کارکنان دانشگاه، تصویب و طبق فایل پیوست جهت استحضار، بهره برداری و اقدام لازم ارسال می گردد.

شایان ذکر است پرسنل محترم اورژانس پیش بیمارستانی، حفاظت فیزیکی و معاونت بهداشتی (بهورزان و ..) جهت استفاده از فرم لباس تابع دستورالعمل مربوط به خود می باشد. ۷۱۹۹۷۵۸/

دکتر شاپور بدیعی اول
معاون درمان دانشگاه

➤ الزامات :

تمامی کارکنان بیمارستان و فراگیران (دانشجویان) ملزم به :

۱- عدم استفاده از شلواری های تنگ، چسبان، کشی و کوتاه (بالا تر از مچ)

۲- عدم استفاده از هرگونه ماده بودار تند (انواع عطر و ادکلن)

خانم ها:

۳- عدم استفاده از روپوش های کوتاه، جلو باز و تنگ (قد روپوش: ۵ سانت زیر زانو)

توصیه به استفاده از آستین بلند، کشباف (جهت رعایت کنترل عفونت)

۴- عدم استفاده از آرایش و زیور آلات

مژه مصنوعی- لاک ناخن - ناخن های بلند و کاشتنی-

(عدم استفاده از بوتاکس و تزریق لب، گونه و ..)

۵- استفاده از کفش جلو بسته، با پاشنه طبی و کوتاه

(جهت استفاده در محیط بیمارستان)

آقایان :

۶- عدم استفاده از یقه باز و آستین کوتاه تر از آرنج در اورژانس ها و بخش های ویژه

۷- نصب کارت شناسائی خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله ۲ متر و در معرض دید مراجعین

۸- عدم استفاده از عنوان «دکتر» بدون اشاره به سطح آموزشی روی کارت شناسائی کارکنان / فراگیران

لباس فرم منشی بخش

خانم : مانتو ، شلوار مقنعه قهوه ای روشن
آقا: پیراهن و شلوار قهوه ای روشن



منشی (گروه - بخش)

مشخصات اتیکت

مشخصات الزامی اتیکت کادر بیمارستان:

درج نام خانوادگی کامل و حرف اول نام - سمت - آرم دانشگاه - آرم بیمارستان - مهر و امضا ریاست بیمارستان

کمک پرستار - کمک بهیار: **زره**

خدمات: **خاکستری**

ماما: **نارنجی**

اتاق عمل و بیهوشی: **سبز**

منشی بخش و گروه: **قهوه ای**

پاراکلینیک: **بنفش**

پزشک: **آبی تیره**

مترون: **قرمز تیره**

سوپروایزر: **قرمز**

سرپرستار: **صورتی**

پرستار: **آبی روشن**

بهبیار: **سبز**

سهمیه شیر بایگانی





معاونت برنامہ ریزی، چاہنگی، حقوقی و امور مجلس

ویرانه‌های جامع، شوراء و حیاتهای استوار

بهره‌دا موزه متکلف است نسبت به تأمین ۲۰۰۵۰ نفر به صورت روزانه برای کلیه کارکنان شاغل در بخش‌های تصویربرداری، آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، باکتری، انار، تئوری، اوار، دستگاه احیاء زنده و یا سایر مشاغل مشابه به تشخیص معاونت بهداشت موزه پس از محاسبه پیش‌بینی و تأمین اعتبار بار مالی آن در بودجه فصلی مصوب سالیانه خود اقدام نماید.

ماده ۹۸- موسسه مجاز است در مناسب‌های مختلف، هدایای نقدی یا غیر نقدی به کارکنان شاغل، بازنشسته و وظیفه بگیر اعداد پس از محاسبه، پیش‌بینی و تأمین اعتبار باز مالی در بودجه فصلی مصوب سالیانه خود و در سطح اختیارات موجود پرداخت نماید.

ماده ۹۹ - - موسسه مجاز است در صورت تشکیل کانون‌های پژوهشی کارکنان و تعاونی مصرف کارکنان توسط کارکنان، حمایت‌های قانونی لازم را از جمله حمایت‌های مالی، تجهیزاتی، فضای نیروی انسانی به عمل آورد.

ماده ۴۰. موسسه مکلف است سایر خدمات رفاهی و انیز به شرح ذیل و در چهارچوب شیروانه‌های که به تصویب هیأت رئیسه برسد پس از مخاطبه، پیش‌بینی و تأمین اعتبار باز مالی در بودجه تفصیلی مصوب مالیات خود و در محکم اعتبارات موجود به کارکنان ارائه نماید.

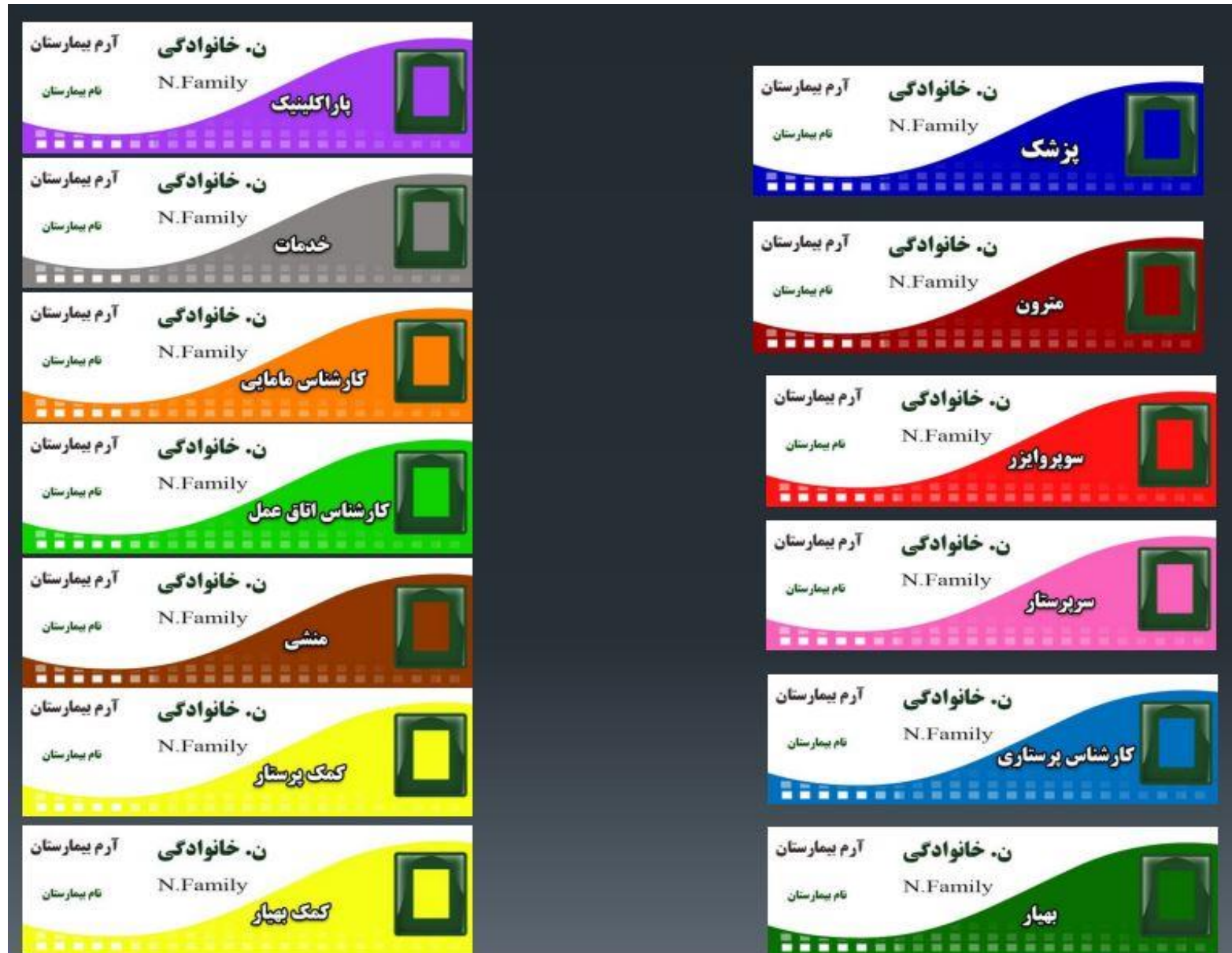
۱. پرداخت نقدی و غیر نقدی در قالب بن کارت با واریز به حساب کارکنان در سقف معادل ریالی ۳۰۰۰ اعتبار
۲. پرداخت وام کمک هزینه تحصیلی دانشجویی به کارمند، همسر و فرزندان
۳. اتحاد دفاع نامه بانکی به منظور پرداخت تسهیلات بانکی در موضوعات مختلف مانند خرید مسکن، خرید کالا، خرید خودرو، موارد ضروری برای کارکنان شاغل، بازتسهل و وظیفه بگیر
۴. برگزاری جشنواره های فرهنگی، هنری و ورزشی
۵. پرداخت پاداش کلاسهای آموزشی کارکنان و خانواده آنان مصوب یا مورد تایید مؤسسه که در ابتدای هر سال از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع مؤسسه اعلام می شود
۶. پاداش به همسر و فرزندان کارکنان (امتازین، ممتازین و متجین المیادهای علمی و ورزشی) در سقف معادل ریالی ۳۰۰۰ اعتبار



سهمیه شیر بایگانی

به استناد ماده ۵۰ آئین نامه اداری- استخدای کارکنان غیرهیأت علمی و به جهت تامین شرایط بهداشتی و ایمنی محیط کار کارکنان، با اختصاص روزانه یک چهارم لیتر شیر ترجیحاً از نوع کم چرب یا معادل آن مواد لبنی مناسب دیگر مانند ماست با رعایت موازین بهداشتی در توزیع آن و در بسته بندی مناسب برای کلیه کارکنان شاغل در بخشهای پرخطر از قبیل رادیولوژی، آزمایشگاه های تشخیص طبی از جمله میکروبیولوژی، قارچ شناسی، ویروس شناسی و واحدهای پرتونگاری و پرتودرمانی و بایگانی از محل اعتبارات درآمد اختصاصی یا امور رفاهی از زمان ابلاغ این صورتجلسه موافقت می گردید، پرداخت معادل ریالی آن ممنوع می باشد.

مشخصات اتیکت



حق لباس



حق لباس کارکنان فناوری اطلاعات سلامت و منشی بخش

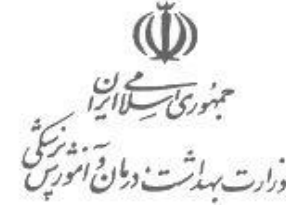
[illegible]

فهرست ابلاغ مبلغ کمک هزینه لباس دستورالعمل تهیه لباس کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

ردیف	نوع البسه	جهت استفاده	قیمت سال ۹۹
۱	کت و شلوار و کمر بند	اداری	۸/۰۰۰/۰۰۰/--
۲	مانتو شلوار	اداری	۳/۲۰۰/۰۰۰/--
۳	پیراهن	اداری	۱/۶۰۰/۰۰۰/--
۴	کفش	اداری	۲/۵۰۰/۰۰۰/--
۵	مغنه	اداری	۴۸۰/۰۰۰/--
۶	پالتو	اداری	۲/۵۰۰/۰۰۰/--
۷	پیش بند	اداری	۳۰۰/۰۰۰/--
۸	کاپشن و کلاه	اداری	۲/۵۰۰/۰۰۰/--
۹	روپوش کار یکسره	اداری	۱/۵۰۰/۰۰۰/--
۱۰	روپوش کار دو تیکه / تک	اداری	۱/۷۰۰/۰۰۰/--
۱۱	دستکش کار (چرم/پلاستیکی)	اداری	۵۵۰/۰۰۰/--
۱۲	شلوار کار	اداری	۱/۷۰۰/۰۰۰/--
۱۳	آرم	اداری	۱۵۰/۰۰۰/--
۱۴	اتیکت با آویز روی جیب	اداری	۱۸۰/۰۰۰/--
۱۵	چادر	اداری	۴/۵۰۰/۰۰۰/--

اصول ساماندهی اسناد

بسمه تعالی



دکتر وزیر

شماره... ۰۱۰۱/۳۰۷۶۸۲
تاریخ... ۱۳۸۹/۱۲/۲۵
پیوست... داوره

ارسال در سال ۱۳۸۹ به استحضار می‌رساند

متمم شده

رئیس / سرپرست محترم دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی

با سلام و تحیات

موضوع: ارسال فایل دستورالعمل ساماندهی اسناد

به پیوست فایل دستورالعمل ساماندهی اسناد در کلیه دانشگاه/دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و واحدهای تابعه وزارت متبوع جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی ارسال می گردد. لازم به ذکر است که دستورالعمل فوق که حاصل جمع آوری مطالب علمی و جمع بندی صاحب نظران می باشد و در دو محور مدیریت الکترونیک اسناد (شامل روشهای بهسازی اسناد فیزیکی و مراحل تبدیل آنها به اسناد الکترونیک) و مدیریت اسناد الکترونیک (مشمول بر تدوین استانداردهای نگهداری، حفاظت و بهره برداری از اسناد الکترونیک)، تدوین گردیده که امید است با عنایت به جایگاه اسناد بعنوان ناقل تجارت و علوم امروز به مدیران فردا در اعتلای اهداف بلند نظام مقدس جمهوری اسلامی و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورد بهره برداری قرار گیرد.

از طرف
دکتر حسن آقا جانی
مشاور وزیر و مدیر کل دفتر

شرایط محل نگهداری پرونده پزشکی



جناب آقای دکتر صدرالسادات
معاون محترم توسعه مدیریت و منابع

با سلام و احترام؛

پیرو نامه شماره ۱۰۱/۲۷۶۰/د مورخ ۱۳۹۷/۰۹/۱۱ در خصوص در نظر گرفتن فضای مناسب جهت بایگانی مدارک پزشکی، به استحضار می‌رساند بایگانی می‌بایست به گونه‌ای طراحی شود که ضمن ایجاد امکان استفاده بهینه از فضای موجود و تسهیل جریان کار، منابع با ارزش را در مقابل عوامل آسیب‌رسان حفظ کند از این رو رعایت اصول حفظ و نگهداری و تامین شرایط محیطی و فیزیکی مناسب برای منابع آرشیوی در تمامی مراحل نگهداری از اهمیت فراوانی برخوردار است. با توجه به مشاهدات متعدد مراکز درمانی تازه تاسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی مبنی بر عدم اختصاص فضای کافی جهت بایگانی مدارک پزشکی و مشکلات نگهداری پرونده در بیمارستانها، دستور فرمائید ضمن اختصاص فضای بایگانی مناسب جهت بایگانی مدارک پزشکی به نسبت تخت‌های بیمارستانی، به جهت الزام نگهداری پرونده بیماران در شرایط مطلوب و همچنین اختصاص اعتباری جهت بهسازی و ساماندهی به فضاهای بایگانی‌های قدیمی، موکدا در دستورکار قرار گیرد.



دکتر حسین کشاورز
مشاور وزیر و مدیر کل حوزه وزارتی

شماره..... ۵/۱۰۱/۲۷۶۰
تاریخ..... ۱۳۹۷/۰۹/۱۱
پست... ندارد.....

در حمایت از کالای ایرانی

جناب آقای دکتر صدرالسادات
معاون محترم توسعه مدیریت و منابع

با سلام و احترام؛

طی بازدیدهای بعمل آمده توسط کارشناسان اسناد این حوزه از مراکز درمانی دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور، مشاهده گردیده است که در بیمارستانهای تازه تاسیس، حجم فضای بایگانی مدارک پزشکی نسبت به تعداد تختها و وسعت بیمارستان، بسیار محدود می باشد. لذا با توجه به اهمیت اسناد و مدارک پزشکی و درمانی بیماران و الزام نگهداری پرونده ها در شرایط مناسب و مطلوب در عمرهای مختلف و بعضاً طولانی مدت، دستور فرمائید از این پس در ساخت و ساز بیمارستان، فضای مناسب جهت بایگانی مدارک پزشکی به نسبت تختهای بیمارستانی در نظر گرفته شود.


دکتر حبیب کتایمی
مشاور وزیر و مدیر کل حوزه وزارتی

الف-۵-۵-۳ محل نگهداری سوابق پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.

❖ فضای کافی جهت نگهداری تمامی پرونده ها (سرپایی، اورژانس و بستری) در وضعیت جاری و راکد، مطابق با مدت زمان های مقرر و متناسب با میزان مراجعه وجود دارد.

❖ رعایت شرایط محل نگهداری پرونده ها براساس فصل سوم دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ در مورد تمام انواع پرونده ها (سرپایی، اورژانس و بستری) در بایگانی جاری و راکد

الف-۵-۵-۳ محل نگهداری سوابق پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.

رعایت شرایط محل نگهداری پرونده ها براساس شیوه نامه حفظ و نگهداری اسناد در بایگانی موضوع نامه شماره ۳۵۹۲ مورخ ۹۷/۱۱/۱۰ مشاور وزیر و مدیر کل محترم دفتر وزارتی در مورد تمام انواع پرونده ها (سرپایی، اورژانس و بستری) در بایگانی جاری و راکد

شرایط اتاق های بایگانی

۱. استفاده از محیط‌های غیر سالم، خطرناک، دارای مشکل از نظر دسترسی و محیط‌های فاقد نظارت مجاز نمی‌باشد.
۲. کف اتاق بایگانی، باید تحمل فشار ۱۲۰۰ کیلوگرم در هر متر مربع را داشته باشد.
۳. برای قفسه های ثابت ارتفاع استاندارد دو متر و بیست سانتیمتر مورد نیاز است.
۴. برای جلوگیری از برخاستن گرد و غبار، کفپوش اتاق بایگانی، باید از نوع ضد سایش و قابل شستشو باشد. حتی الامکان باید از پوشش سنگ یا سرامیک استفاده شود.

شرایط اتاق های بایگانی

۵- پوشش داخلی و خارجی دیوارهای بایگانی، باید از مصالح ضد رطوبت و ضد آتش ساخته شده و از نظر حرارتی عایقبندی باشد.

۶- باید از تابش مستقیم نور خورشید به اسناد جلوگیری شود.

۷- در مناطقی که تابش خورشید شدید است، از فیلترهای مخصوص که پرتو فرابنفش را از خود عبور نمی دهند بر روی پنجره استفاده شود.

۸- برای روشنایی محل بایگانی اسناد از لامپهای با نور سفید (کم مصرف) و حتی الامکان با تایمر استفاده شود.

شرایط اتاق های بایگانی

۹- دیوارها دارای رنگ روشن باشند که انعکاس نور بالایی دارد.

۱۰- ابزارهای اندازه گیری رطوبت محیط در محل نگهداری اسناد نصب شود و کنترل شود که رطوبت نسبی برای کاغذ حدود ۵۵ درصد و برای میکروفیلם و میکروفیش حدود ۳۵ درصد باشد.

۱۱- نباید از محل نگهداری اسناد لوله های آب (سرد یا گرم) عبور کند.

۱۲- باید با استفاده از عایق پوششی مناسب دیوارها، از نفوذ رطوبت جلوگیری گردد.

شرایط اتاق های بایگانی

۱۳- از بروز مشکلاتی مانند عیب لوله کشی، انسداد لوله های فاضلاب و سقفهای معیوب که موجب نشست آب از طبقات فوقانی می گردد، با بازدید پیوسته جلوگیری شود.

۱۴- باید دمای محل نگهداری اسناد کاغذی بین ۱۸ تا ۲۰ درجه سانتیگراد کنترل شود.

۱۵- باید دمای محل نگهداری میکروفیلم ها یا میکروفیش ها در حدود ۱۲ درجه سانتیگراد کنترل شود.

۱۶- استعمال دخانیات در محوطه بایگانی اسناد اکیدا ممنوع است.

شرایط اتاق های بایگانی

۱۷- باید کلیدهای اصلی برق در بیرون محل نگهداری اسناد تعبیه شود.

۱۸- نصب دستگاه های آتشیاب و آتش خاموش کن مناسب برای محل بایگانی اسناد الزامی است.

۱۹- عملیات کشت قارچها و باکتریها به طور منظم انجام شده و در صورت لزوم سمپاشی برای از بین بردن حشرات و جانوران موذی، انجام شود.

شرایط تجهیزات نگهداری:

- برای اسناد حجیم و سنگین از قفسه های ثابت که تحمل بار بیشتری دارند استفاده شود و در مراکزی که کمبود فضا وجود دارد می توان از قفسه های متحرک، استفاده گردد.
- لازم است میکروفیلم ها متناسب با نوع (کارت یا رول) در قفسه های مناسب مربوط به این کار نگهداری شود.

برای نگهداری از اسناد به صورت الکترونیک لازم است از بهترین تجهیزات و فناوری روز استفاده شود. در انتخاب تجهیزات اعم از لوح فشرده، دیسک سخت افزاری، نوار مغناطیسی و غیره باید موارد زیر مد نظر قرار گیرد:

شرایط تجهیزات نگهداری:

- برای اسناد حجیم و سنگین از قفسه های ثابت که تحمل بار بیشتری دارند استفاده شود و در مراکزی که کمبود فضا وجود دارد می توان از قفسه های متحرک، استفاده گردد.
 - لازم است میکروفیلم ها متناسب با نوع (کارت یا رول) در قفسه های مناسب مربوط به این کار نگهداری شود.
- برای نگهداری از اسناد به صورت الکترونیک لازم است از بهترین تجهیزات و فناوری روز استفاده شود. در انتخاب تجهیزات اعم از لوح فشرده، دیسک سخت افزاری، نوار مغناطیسی و غیره باید موارد زیر مد نظر قرار گیرد:

طول عمر، میزان آسیب پذیری، میزان گنجایش، سهولت بازیابی اطلاعات و هزینه خرید و نگهداری

از توبه شایسته‌تر دارم

