

خط مشی و روش، روش اجرایی، دستورالعمل مدیریت اطلاعات سلامت

ردیف	روش اجرایی	صفحه
۱	شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی، برون سازمانی به اطلاعات بیماران	۳
۲	سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار	۵
۳	محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات	۷
۴	ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت	۹
۵	استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن ها در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار	۱۱

روش های اجرایی

روش اجرایی: شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی ، برون سازمانی به اطلاعات بیماران	دامنه: مدیریت اطلاعات ، بخشهای درمانی و واحدهای اداری و مالی ، فناوری اطلاعات ، پذیرش
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۱ صفحه ۱ از ۲

هدف:

حفظ محرمانگی اطلاعات ، اسناد و مدارک موجود در پرونده پزشکی و محدود نمودن سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران

تعاریف:

اطلاعات مندرج در مدارک پزشکی بیماران دارای تنوع زیادی می باشد شامل اطلاعات بالینی، مالی ، هویتی و دسترسی و استفاده از اطلاعات با توجه نوع نیاز کاربران متفاوت می باشد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی ، توسط چه کسی انجام می شود)

برون سازمانی :

۱. منشی بخش در زمان ترخیص به کلیه بیماران حتی بیماران رضایت با مسئولیت شخصی یکبرگ خلاصه پرونده تحویل می دهد
۲. ارائه هرگونه اطلاعات با درخواست کتبی سازمانهای ذیصلاح توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات سلامت امکان پذیر است.
۳. کارکنان بخش مدیریت اطلاعات سلامت درخواست کتبی مدارک پزشکی توسط بیمار را دریافت می کنند و یا نامه اداری را وصول می کنند.
۴. مدیریت اطلاعات سلامت پس از رویت و بررسی مقررات، درخواست و یا نامه اداری را جهت تایید به مدیریت ارجاع میدهند
۵. در موارد نامه های اداری مسئول دبیرخانه در سیستم اتوماسیون اداری نامه را ثبت می کند
۶. مدیریت اطلاعات سلامت اوراق مجاز جهت تکثیر را مشخص می کند
۷. کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت تصاویر اسکن شده پرونده را از سیستم بیمارستان پرینت می گیرد
۸. کارکنان بخش مدیریت اطلاعات سلامت ، برگه های پرینت شده را مهوور به مهر کپی برابر اصل می نمایند و در موارد درخواست های شخصی با احراز هویت (مشاهده کارت ملی یا کارت شناسائی معتبر) به بیمار تحویل می دهد. (در مواردیکه مراجعه حضوری بیمار امکان پذیر نباشد کپی پرونده فقط در اختیار بستگان درجه یک بیمار قرارمی گیرد)
۹. در موارد نامه های اداری مدیریت اطلاعات سلامت پیش نویس نامه را جهت انجام امورات اداری تنظیم می نماید جهت امضاء به مدیریت و دبیرخانه ارجاع می نماید
۱۰. نامه و یا درخواست کتبی توسط بایگان به پرونده بیمار الصاق می شود
۱۱. تحویل اصل پرونده به اشخاص و خارج کردن آن از بیمارستان توسط هیچ شخصی مجاز نیست مگر در صورتیکه اصل پرونده توسط مراجع قانونی و قضائی ذیصلاح درخواست شود کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت کل اوراق پرونده را برگ شماری نموده و پس از ارسال اصل پرونده رونوشت را در پوشه اصلی پرونده تا بازگشت پرونده جایگزین و نگهداری می نماید.
۱۲. ارائه کپی اطلاعات پزشکی پرونده بیماران فوت شده فقط با درخواست کتبی مراجع قضائی و سازمانهای ذیصلاح امکان پذیر است

روش اجرایی: شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی ، برون سازمانی به اطلاعات بیماران	دامنه: مدیریت اطلاعات ، بخشهای درمانی و واحدهای اداری و مالی ، فناوری اطلاعات ، پذیرش
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۱ صفحه ۲ از ۲

درون سازمانی

۱. پزشکان و پرستاران جهت ادامه درمان بیماران بستری و در صورت نیاز به دریافت سوابق قبلی با تکمیل فرم درخواست پرونده می توانند پرونده را از بایگانی دریافت نمایند.
۲. منشی بخش برگه درخواست امضاء شده را جهت دریافت پرونده به بخش مدیریت اطلاعات سلامت ارائه می کند.
۳. پزشکان و دانشجویان برای مقاصد تحقیقاتی با دارا بودن نامه رسمی از مراکز تحقیقات یا دانشگاه فقط در بخش مدیریت اطلاعات سلامت مجاز به مطالعه پرونده بیماران می باشند. در مطالعه پرونده های مرتبط با موضوع پژوهش محدود می باشند و اطلاعات دموگرافیک بیماران به هیچ عنوان نباید افشاء گردد.
۴. جهت انتقال پرونده بین بخشهای بیمارستان صرفاً منشی بخش یا نیروهای خدمات بخش مجاز می باشند و جابجائی توسط همراهان بیماران ممنوع می باشد

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

- نامه مکتوب اداری
- پزشکان ، پرستاران ، پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت ، منشی بخش ، پرسنل دبیرخانه

منابع/مراجع:

تجارب بیمارستانی ، فناوری مدیریت اطلاعات سلامت دکتر فرحناز صدوقی و همکاران انتشارات جعفری ۱۳۹۲

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای طالب خانی	مدیریت اطلاعات سلامت	
آقای رضازاده	مسئول آمار مدیریت اطلاعات سلامت	
آقای زعفری	بایگان مدیریت اطلاعات سلامت	
خانم شعبانی	بایگان مدیریت اطلاعات سلامت	
خانم حیدری	نماینده دبیر خانه	
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

روش اجرایی: سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار	دامنه: مدیریت اطلاعات سلامت، بخشهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۲ صفحه ۱ از ۲

هدف:

کسب اطمینان از ثبت کامل داده ها در پرونده پزشکی و ساماندهی اطلاعات سلامت

تعاریف:

پرونده مدارک پزشکی حاوی اوراق استاندارد عمومی اختصاصی و تصویب شده داخلی بیمارستان می باشد. چینش ابتدایی بر اساس نیاز کاربران بالینی و بر اساس دستورالعمل صادره از کمیته مدیریت اطلاعات سلامت طراحی شده ولی در زمان بایگانی ترتیب چینش آن براساس استاندارد SOMR و منطبق با مستندسازان پرونده تغییر خواهد نمود.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

۱- پرونده ها براساس استانداردهای SOMR و طبق منبع تولید اطلاعات و افراد ارائه دهنده خدمات سلامت و مستند سازان و بر اساس محل تولید آن مرتب می شوند با در نظر گرفتن کدگذاری رنگ و شماره اختصاص یافته توسط متصدیان بایگانی بر اساس چینش زیر صورت sort و دسته بندی می شوند مثلاً داده های مربوط به آزمایشات در یک محل توسط بایگان دسته بندی می شود.

۲- ترتیب چینش اوراق درون پرونده ای بر اساس مصوبه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت به شرح زیر ابلاغ می شود:

- ا- برگ پذیرش و خلاصه تریخیص به رنگ قهوه ای
- ب- برگ خلاصه پرونده به رنگ سبز
- ج- برگ شرح حال به رنگ زرد
- د- برگ سیر بیماری به رنگ آبی
- ه- برگ درخواست مشاوره به رنگ طوسی
- و- برگ مراقبت قبل از عمل جراحی به رنگ سبز
- ز- برگ بیهوشی به رنگ سبز پر رنگ
- ح- برگ گزارش عمل جراحی به رنگ قرمز
- ط- برگ مراقبت بعد از عمل جراحی به رنگ زیتونی
- ی- برگ دستورات پزشک به رنگ آبی
- ک- برگ گزارش پرستار به رنگ زرد
- ل- برگ کنترل علائم حیاتی به رنگ صورتی
- م- برگ نمودار علائم حیاتی به رنگ بنفش
- ن- برگ گزارش پاتولوژی به رنگ صورتی کم رنگ
- س- برگ گزارش آزمایشگاه به رنگ نارنجی
- ع- برگ گزارش رادیولوژی به رنگ مشکی

روشی اجرایی: سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار	دامنه: مدیریت اطلاعات سلامت ، بخشهای درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۲ صفحه ۲ از ۲

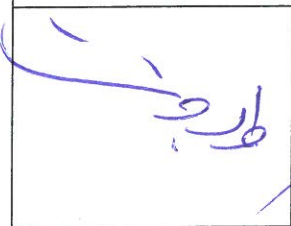
- ف- برگ جذب و دفع مایعات به رنگ آبی پر رنگ
ص- برگ الصاق الکتروکاردیوگرام به رنگ صورتی پررنگ
ق- سایر اوراق غیر استاندارد و تصویب شده بیمارستان و اوراق مالی و فیش های واریزی به صورت فیکس شده در برگه های انتهایی
۳- پرونده را منطبق با روش SOMR در پوشه استاندارد مربوطه جایگذاری می کند.
۴- کلیه اوراقی که براساس نیازهای بیمارستان و بر اساس کمیته مدیریت اطلاعات سلامت طراحی و تصویب می شوند از منظر محتوا، لزوم وجود و محل قرار گیری مورد تأیید قرار میگیرد.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

- ۱۸ برگ پرونده بیمار
- پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت ، پرسنل پرستاری ، منشی بخش ها ، پرسنل پذیرش

منابع / مراجع:

تجربیات بیمارستان، سیستم های اطلاعات مدیریت دکتر فرحناز صدوقی، دکتر عباس شیخ طاهری انتشارات جعفری ۱۳۹۳

امضاء: 	سمت: مدیریت اطلاعات سلامت مسئول آمار مدیریت اطلاعات سلامت بایگان مدیریت اطلاعات سلامت بایگان مدیریت اطلاعات سلامت	تهیه کنندگان: آقای طالب خانی آقای رضا زاده آقای زعفری خانم شعبانی
امضاء: 	سمت: مدیر بیمارستان	تایید کننده: آقای حسن نژاد
امضاء: 	سمت: مدیر عامل بیمارستان	تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق

روش اجرایی: محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات	دامنه: مدیریت اطلاعات و سلامت و فن آوری اطلاعات
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۳ صفحه ۱ از ۲

هدف:

اطمینان از بازیابی و امنیت مدارک پزشکی و دسترسی آسان در زمان نیاز می باشد

تعاریف:

محافظت و امنیت سیستم های ذخیره بازیابی اطلاعات فرایندی است که کاربر از اطلاعات موجود در سیستم های ذخیره شده فایل پشتیبان تهیه می نماید و با توجه به اهمیت محرمانگی اطلاعات دسترسی کاربران با تعیین سطح انجام خواهد شد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

۱. تمامی کاربران که جهت ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات با کامپیوتر لازم است دارای نام کاربری و کلمه عبور باشند، نام کاربری و کلمه عبور انحصاری توسط مسئول فناوری اطلاعات جهت کاربران ایجاد می شود.
۲. کاربران جهت حفظ امنیت، موظف به محرمانه نگه داشتن رمز عبور خود می باشند
۳. در صورتیکه هر یک از کاربران به هر دلیلی از واحد مربوطه تغییر مکان و قطع رابطه کاری بکنند بر اساس اعلام کتبی مدیریت اطلاعات سلامت واحد فناوری اطلاعات باید رمز عبور را غیر فعال نماید
۴. اطلاعات هویتی بالینی ثبت شده بر روی نرم افزار تراشه هوشمند (HIS بیمارستان) به صورت فایل پشتیبان در بانک اطلاعاتی SQL به صورت هر نیم ساعت یکبار به طور خودکار نسخه پشتیبان تهیه می شود و کارشناس فناوری اطلاعات بر این فرآیند مستمر نظارت دارد.
۵. ۸ صبح هر روز توسط کارشناس HIS اطلاعات موجود در هارد اکسترنال نسخه پشتیبان تهیه می شود و در جای امن مراقبت و نگهداری می شود.
۶. اطلاعات مربوط به داده های آماری توسط مسئول آمار به صورت روزانه روی هارد کامپیوتر فایل پشتیبان گرفته می شود.
۷. اطلاعات آماری در پایان هرماه توسط مسئول آمار روی CD ثبت و نگهداری می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

- HIS و هارد اکسترنال
- کلیه پرسنل پرستاری، پرسنل IT پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت

روش اجرایی: محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات	دامنه: مدیریت اطلاعات و سلامت و فن آوری اطلاعات
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۳ صفحه ۲ از ۲

منابع/مراجع:

تجربیات بیمارستان، انفورماتیک زیست پزشکی ترجمه دکتر مصطفی لنگری زاده انتشارات جعفری ۱۳۹۲

تهیه کنندگان: آقای طالب خانی آقای رضازاده آقای زعفری خانم شعبانی خانم قوامی	سمت: مدیریت اطلاعات سلامت مسئول آمار مدیریت اطلاعات سلامت بایگان مدیریت اطلاعات سلامت بایگان مدیریت اطلاعات سلامت مسئول فن آوری اطلاعات	امضاء:
		امضاء:
		امضاء:
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

روش اجرایی: ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از بخش مدیریت اطلاعات سلامت	دامنه: مدیریت اطلاعات سلامت
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۴ صفحه ۱ از ۲

هدف:

کسب اطمینان از بازیابی و دسترسی آسان به پرونده ها و جلوگیری از مفقود شدن پرونده های پزشکی بیماران می باشد

تعاریف:

پس از اتمام مراحل مالی پرونده بیمار تحویل بایگانی مدیریت اطلاعات سلامت می شود و خروج از فضای مدیریت اطلاعات سلامت تابع قوانین و مقررات تدوین شده بیمارستان می باشد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- درخواست پرونده پزشکی توسط پزشک معالج بر روی برگه درخواست پرونده ثبت و امضاء می شود.
- ۲- تقاضای گرفتن پرونده بالینی بیمار توسط منشی بخش به واحد مدارک پزشکی ارائه می شود.
- ۳- شماره پرونده توسط بایگان مدیریت اطلاعات سلامت از سیستم کامپیوتری یکپارچه بیمارستانی جستجو می شود
- ۴- بایگان مدیریت اطلاعات سلامت با پر کردن کارت جایگزین که اطلاعات بیمار، شماره پرونده همراه یک نسخه از درخواست کتبی پزشک به جای پرونده، آنرا بازیابی می کند
- ۵- گیرندگان پرونده موظف می باشند که در اسرع وقت نسبت به برگشت پرونده به مدیریت اطلاعات سلامت اقدام و رسید خود را دریافت نمایند.
- ۶- کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت موظف است دفاتر خروج پرونده از بایگانی را به صورت هفتگی چک نماید و پرونده هایی که تاریخ آن بیش از ۱۴ روز می باشد را به مدیریت اطلاعات سلامت گزارش نماید.
- ۷- بایگان مدیریت اطلاعات سلامت پس از تحویل پرونده کارت جایگزین را خارج کرده و پرونده را جایگزین آن نماید

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

- پرونده بیمار، کارت جایگزین
- پزشکان، پرستاران، منشی، پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت

روش اجرایی: ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از بخش مدیریت اطلاعات سلامت	دامنه: مدیریت اطلاعات سلامت
شماره ویرایش: ۱	کد سند: HI-PR-۰۴
تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱	صفحه ۲ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

منابع/مراجع:

تجربیات بیمارستان ، داده پردازی بهداشتی (دکتر حمید مقدسی) ، سیستم های اطلاعات مراقبت سلامت (عباس شیخ طاهری)

تهیه کنندگان: آقای طالب خانی آقای رضازاده آقای زعفری خانم شعبانی	سمت: مدیریت اطلاعات سلامت مسئول آمار مدیریت اطلاعات سلامت بایگان مدیریت اطلاعات سلامت بایگان مدیریت اطلاعات سلامت	امضاء:
نایب کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

دامنه: پزشکان و پرستاران در بخشهای درمانی ، بخشهای پاراکلینیک ، بخش مدیریت اطلاعات سلامت	روش اجرایی: استفاده از حروف اختصاری مجزا و کاربرد آن ها در مستندات ، به ویژه در پرونده بیمار
کد سند: HI-PR-۰۵ صفحه ۱ از ۲	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

هدف:

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

تعاریف:

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 کلیه کادر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- سرپرستار هر بخش لیستی از اختصارات رایج که در پرونده های پزشکی بخش در ثبت تشخیص ها و اقدامات با توجه به رشته تخصصی تهیه می نماید.
- ۲- لیست اختصارات تهیه شده توسط رئیس بخش مورد بررسی قرار گرفته تایید می شود.
- ۳- فهرست اختصارات مجاز در مورد هر بخش توسط سرپرستار بخش نصب میگردد.
- ۴- سرپرستار بخش در این زمینه به همه پزشکان و پرستاران اطلاع رسانی می نماید.
- ۵- در صورتیکه اختصار که در لیست موجود نباشد توسط پزشکان بخش مورد استفاده قرار گیرد با تایید رئیس بخش و با هماهنگی سرپرستار لیست اختصارات مجاز مورد بازبینی قرار گرفته و به فهرست اختصارات افزوده می 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 خوداری نمایند.
- ۷- کارکنان پزشکی و پرستاری مجاز به استفاده از اختصارات پزشکی در برگه آموزش به بیمار نیستند.
- ۸- مستندات پرونده توسط سرپرستار و سوپروایزر آموزشی در راند های 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 به بخش مدیریت اطلاعات سلامت ابلاغ می شود
- ۱۰- کارشناس مدیریت اطلاع سلامت جهت کدگذاری پرونده های بیماران می بایست بر اساس لیست اعلام شده از اختصارات استفاده نماید.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

- فهرست اختصارات
- پزشکان، سرپرستاران، سوپروایزر آموزشی، مدیریت اطلاعات سلامت

روش اجرایی: استفاده از حروف اختصاری مجزا و کاربرد آن ها	دامنه: پزشکان و پرستاران در بخشهای درمانی ، بخشهای پاراکلینیکی ، بخش مدیریت اطلاعات سلامت
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: HI-PR-۰۵ صفحه ۲ از ۲

منابع/مراجع:

- Medical Abbreviations, Neil M. Davis
- Dictionary of Medical Acronyms & abbreviations, Stanley Jablonski

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم شکوفه قربانی خانم شرافت آقای طالب خانی آقای رضازاده	مدیریت پرستاری سوپروایزر آموزشی مدیریت اطلاعات سلامت مسئول آمار مدیریت اطلاعات سلامت	 
تایید کننده: آقای حسن نژاد	سمت: مدیر بیمارستان	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 