

ز - مدیریت اطلاعات

ز-۱) مدیریت اطلاعات سلامت

ز-۱) مدیریت اطلاعات سلامت

ثبت و نگهداری داده‌ها در حیطه پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است هیچ عاملی در ایجاد ارزش افزوده قادر به رقابت با اطلاعات نیست، یکی از نقش‌های حیاتی واحد مدیریت اطلاعات سلامت، بکارگیری مقررات، استانداردهای حرفه‌ای عملی، برای جمع‌آوری، حفظ امنیت، دسترسی آسان به اطلاعات گیرندگان خدمت است هدف اصلی استانداردهای این محور حفظ و طبقه‌بندی مدارک پزشکی و فراهم آوردن امکان دسترسی آسان، صحیح و سیستماتیک به مدارک است.

ز	۱	۱	بیمارستان از شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار، اطمینان حاصل می‌نماید.
دست‌آورد استاندارد ■ حفظ محرمانگی اطلاعات، اسناد و مدارک موجود در پرونده پزشکی ■ محدود نمودن سطوح دسترسی به اطلاعات بیمار			

سنجه. روش اجرایی «شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی، برون سازمانی به اطلاعات بیمار» با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		الزامی ■	اساسی ■	ایده آل ■
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۳	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند	اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۴	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۵	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده		

توضیحات:

* تا زمان ابلاغ دستورالعمل و گذاری اطلاعات بیمار و پرونده پزشکی معیارهای دسترسی درون سازمانی برون سازمانی براساس سیاست بیمارستان و قوانین موجود صورت می‌گیرد.

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن‌آوری اطلاعات

بیمارستان از خلاصه‌برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره‌ی زمانی تعیین شده اطمینان حاصل می‌نماید.

۲

۱

ز

دست‌آورد استاندارد

- آزاد سازی فضای بایگانی اشغال شده با حذف پرونده هایی که عمر قانونی آن ها به اتمام رسیده است
- کاهش هزینه های دسترسی، نگه داری و بازیابی پرونده‌ها

سنجه . خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می شود.

سطح سنجه

الزامی

اساسی

ایده آل

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

روش ارزیابی

۱

خلاصه برداری (الکترونیک / کپی) از پرونده های پزشکی بیماران در زمان مشخص براساس دستورالعمل *

بررسی مستند

۲

امحاء پرونده ها در بازه زمانی مشخص براساس دستورالعمل

بررسی مستند

توضیحات:

* پرونده ها بر طبق دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۳۰۷۶۸۲/۱۰۱ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ است و خلاصه پرونده های امحایی نگهداری می شود. کارکنان مربوطه از نحوه خلاصه برداری پرونده اطلاع دارند.

توصیه ۱. دسته بندی و نگهداری پرونده های پزشکی براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود و روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد سیستم خلاصه برداری وجود دارد.

توصیه ۲. برای پرونده های امحا شده صورتجلسه تنظیم شده است.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

ز | ۱ | ۳ | بیمارستان از مدیریت طراحی و به‌روز رسانی فرم‌های بیمارستانی مورد نیاز اطمینان حاصل می‌نماید.

دست‌آورد استاندارد

- یکپارچگی آموزش پزشکی به دانشجویان علوم پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- حذف فرم‌های بلا استفاده، ادغام فرم‌ها به منظور به حداقل رساندن تلاش‌های اضافی و به حداقل رساندن هزینه چاپ
- برآورد کارایی فرم با مشارکت کارکنان مرتبط

سنجه . هرگونه ایجاد فرم جدید با رعایت حداقل‌های مورد انتظار و براساس «فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم‌های پرونده پزشکی» ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
۱	ایجاد فرم جدید براساس فرآیند طراحی و جاگذاری فرم‌های جدید در پرونده های پزشکی*	بررسی مستند			
۲	آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیند اضافه نمودن فرم‌ها و نحوه درخواست اضافه کردن فرم در پرونده	مصاحبه			
۳	تطابق عملکرد کارکنان مرتبط با فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی	مشاهده			

توضیحات:

*فرآیند طراحی و جاگذاری فرم‌های جدید فوق توسط رئیس یا مدیر بیمارستان به کارکنان مرتبط ابلاغ شده است. توصیه . ۱۸ فرم اصلی پرونده پزشکی بدون تغییر در پرونده وجود دارد، سایر فرم‌ها بجز ۱۸ فرم، براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان در پرونده قرار می‌گیرند.

هدایت کننده: تیم اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

ز | ۱ | ۴ | تطبیق پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده کنترل می‌شود.

دست‌آورد استاندارد

- کسب اطمینان از صحت آمارهای دریافتی از بخش‌های مختلف بیمارستان
- پیشگیری از سرقت یا مخدوش و مفقود شدن پرونده‌ها

سنجه . کنترل و مطابقت پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات با فهرست بیماران پذیرش شده انجام می‌شود.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده‌آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱ وجود سیستم دستی یا الکترونیک کنترل فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی در واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند و مشاهده
۲ تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند

توضیحات:

فهرست بیماران بستری شده بر طبق ایندکس اصلی^۱ در واحد مدیریت اطلاعات وجود دارد. توصیه . به منظور پیشگیری از تشابه نام بیماران، ثبت نام پدر، کد ملی و تاریخ مراجعه در فهرست بیماران پذیرش شده، پرونده‌ها و سیستم HIS بیمارستان انجام می‌گیرد.

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

ز	۱	۵	بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است.
---	---	---	---

دست‌آورد استاندارد کسب اطمینان از ثبت کامل داده‌ها در پرونده پزشکی به حداقل رساندن کسورات بیمه‌ای ناشی از عدم تکمیل پرونده

سنجه ۱. واحد مدیریت اطلاعات سلامت با مشارکت نمایندگان همه تخصص‌های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده‌اند، چک لیست ممیزی تمامی اوراق پرونده‌ی پزشکی را جهت اطمینان از خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق تهیه نموده است.

سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱			تهیه چک لیست ممیزی محتوای بررسی پرونده‌های پزشکی * توسط کمیته مدیریت اطلاعات
۲			چک لیست، حداقل شامل ارزیابی خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق است.
۳			آگاهی کارکنان بالینی از وجود چک لیست ممیزی پرونده‌های بالینی و اهمیت کاربرد آن
۴			ممیزی پرونده‌های بالینی با استفاده از چک لیست توسط بخش انجام و رفع نقص می‌شود.

توضیحات: توصیه. نقص احتمالی محتوای چک لیست ممیزی پس از بررسی نظرات نمایندگان تخصص‌های مختلف برطرف می‌شود

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن‌آوری اطلاعات، مدیر بیمارستان

سنجه ۲. پرونده‌های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط منشی بخش و براساس چک لیست ممیزی اوراق پرونده پزشکی مورد بازبینی قرار می‌گیرند و نتایج حاصل از بازبینی پرونده‌های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند بازخورد داده می‌شود.

سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱			وجود چک لیست ممیزی اوراق تکمیل شده پرونده پزشکی در بخش‌ها
۲			تکمیل چک لیست اوراق ممیزی پرونده پزشکی در بخش‌ها
۳			گزارش موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند توسط منشی بخش

توضیحات: توصیه. چک مجدد پس از رفع نقص انجام می‌شود و بازخورد بازبینی فرم‌ها به کارکنان مستندساز اعم از پزشک و پرستار ارائه می‌شود

هدایت کننده: سوپروایزر بالینی، سرپرستار بخش / پرستار مسئول شیفت، منشی بخش

سنجه ۳. روش اجرایی «سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار» با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند	روش ارزیابی	
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه		
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده		
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند		
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

*بنا به سیاست بیمارستان یکی از روش های SOMR-POMR-TOMR برای سازماندهی درونی پرونده های پزشکی در بخش استفاده می گردد.

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت، مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۴. پرونده های پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست مجدداً مورد بازبینی قرار می گیرند و نتایج به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند، بازخورد داده می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	ارسال چک لیست تکمیل شده ی ممیزی پرونده پزشکی توسط بخش به واحد مدیریت اطلاعات سلامت	بررسی مستند	روش ارزیابی	
۲	بازبینی نتایج ممیزی پرونده پزشکی توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت	بررسی مستند		
۳	اطلاع رسانی موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند	بررسی مستند و مصاحبه		
۴	رفع نواقص پرونده توسط افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند	بررسی مستند		

توضیحات:

توصیه. روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد بازبینی پرونده های در واحد مدیریت اطلاعات سلامت وجود دارد، بازنگری مجدد پس از رفع نقص پرونده انجام می گیرد.

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت، مسئول فن آوری اطلاعات

سنجه ۵. واحد مدیریت اطلاعات حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران بررسی کمی و کیفی پرونده‌ها را انجام داده و با مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی اقدام می‌نماید.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تکمیل پرونده‌ها حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران	بررسی مستند		
۲	بررسی کمی* و کیفی* پرونده‌ها توسط واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند		
۳	مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی حداکثر تا ۱۴ روز	بررسی مستند		

توضیحات:

*در تحلیل کمی پرونده بیمار برای اطمینان از رعایت ۴ مورد به شرح ذیل بررسی می‌گردد.

۱. تعیین کاستی‌های پرونده از لحاظ تعداد گزارشات لازم

۲. تعیین عناصر اطلاعاتی نانوشته در فرم‌های پرونده

۳. تعیین گزارشات فاقد امضا

۴. تعیین گزارشات فاقد تاریخ و زمان

❖ این تحلیل توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات انجام می‌شود.

**تحلیل کیفی بعد از تحلیل کمی انجام می‌شود. در تحلیل کیفی بررسی پرونده براساس دو ویژگی accuracy و adequacy

صورت می‌گیرد و برخی از مواردی که مورد بررسی قرار می‌گیرد عبارتند از:

۱. وجود پیوستگی و توالی منطقی میان داده‌ها

۲. قابل فهم بودن و درک همگان از داده‌ها

۳. واریز به موقع داده‌ها.

❖ تحلیل کیفی توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات با همکاری کادر پزشکی انجام می‌شود.

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

سیستم بایگانی برای پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی با رعایت الزامات وجود دارد.

۶

۱

ز

دستآورد استاندارد

■ نگهداری، بازیابی و امنیت مدارک پزشکی

■ دسترسی آسان به مدارک جمع آوری شده

سنجه ۱. بایگانی پرونده های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضای بایگانی، تعدادپذیرش و ترخیص و درخواست پرونده پزشکی) وجود دارد.

سطح سنجه

الزامی ■

اساسی ●

ایده آل ■

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

روش ارزیابی

۱ وجود فضایی برای بایگانی پرونده های پزشکی

مشاهده

۲ جای گذاری کلیه پرونده های پزشکی بستری، اورژانس و سرپایی در بایگانی

مشاهده

توضیحات:

توصیه ۱. بایگانی براساس یکی از روش های استاندارد ترمینال دیجیت، میدل دیجیت و یا سریال انجام گرفته است .

توصیه ۲. لیست بیماران بستری با پرونده های بایگانی شده مطابقت دارد.

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

سنجه ۲. شرایط محل نگهداری پرونده های پزشکی منطبق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت می باشد.

سطح سنجه

الزامی ■

اساسی ●

ایده آل ■

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

روش ارزیابی

۱ مطابقت شرایط محل نگهداری پرونده های پزشکی با دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع*

مشاهده

توضیحات:

*رعایت شرایط محل نگهداری براساس دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات، مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۳. واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده‌های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان‌های ذکر شده در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری می‌کند.

سطح سنجه		الزامی ☒	اساسی ☐	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	نگهداری و بایگانی پرونده‌ها سرپایی، بستری، اورژانس براساس مدت زمان رسیدگی به پرونده‌ها	مشاهده		
۲	وجود فضای بایگانی جاری و راکد*	مشاهده		

توضیحات:

*رعایت مدت زمان‌های ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۱۹/۱۰۱/د مورخ ۹۲/۱/۱۷ و ۴۰۹/۱۸۱۱/د مورخ ۹۵/۱/۲۱ توصیه. در تمام بیمارستان‌ها حتی بیمارستان‌های جدید التاسیس محلی برای نگهداری پرونده‌های راکد تعیین شده است، لیست پرونده‌های بایگانی راکد در HIS قابل ردیابی است.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۴. فرآیند بازیابی به گونه‌ای است که در ساعات فعالیت واحد مدیریت اطلاعات، بازیابی پرونده‌های پزشکی توسط پرسنل آموزش دیده در کمتر از ده دقیقه امکان پذیر است.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	وجود فرآیند بازیابی پرونده‌های پزشکی در ساعات فعالیت واحد در کمتر از ده دقیقه	بررسی مستند و مشاهده		
۲	وجود کارکنان آموزش دیده و مطلع از فرآیند بازیابی پرونده‌ها*	مصاحبه		

توضیحات:

*انطباق عملکرد کارکنان مربوط با فرایند، بنا به درخواست بخش‌ها/واحدها پرونده‌های پزشکی بیماران ظرف کمتر از ۱۰ دقیقه از زمان درخواست در اختیار واحد درخواست کننده قرار می‌گیرد. توصیه. بخش‌ها/واحدها از روند تحویل پرونده‌ها ظرف مدت مذکور رضایت دارند

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۵. روش اجرایی «محافظة و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات» تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند		
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه		
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند		
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند		
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه		
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده		
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده		

توضیحات:

* شرایط و معیارهای حفاظت از پرونده پزشکی در برابر دسترسی های غیر مجاز تدوین شده است.

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات و مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۶. واحد مدیریت اطلاعات درخصوص پرونده های مفقود/ آسیب دیده، برابر مقررات پیگیری لازم را به عمل آورده و نتایج بدست آمده به اطلاع تیم مدیریت اجرایی رسانده می شود.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	وجود فرآیند پیگیری پرونده های مفقودی و یا آسیب دیده *	بررسی مستند			
۲	وجود لیست پرونده های مفقودی	بررسی مستند			
۳	اطلاع رسانی نتایج پیگیری پرونده های مفقود/ آسیب دیده به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه			

توضیحات:

* کارکنان مرتبط از فرایند پیگیری پرونده های مفقودی و یا آسیب دیده اطلاع دارند و عملکرد آنها منطبق با فرایند است. توصیه . مستندات پیگیری پرونده ها و رفع آسیب ها وجود دارد

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

سنجه ۷. روش اجرایی «ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت» با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی ×	بررسی مستند			
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه			
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند			
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند			
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند			
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند			
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه			
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده			
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده			

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

ز | ۱ | ۷ | بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده پزشکی تشکیل می‌دهد.

دستآورد استاندارد

- ثبت جریان بیماری، درمان و اطمینان از ادامه مراقبت صحیح گیرنده خدمت
- کمک و پشتیبانی از گیرنده خدمت، پزشکان کارکنان مسئول و ارائه دهندگان خدمات در بیمارستان

سنجه ۱. در پرونده های بستری، اورژانس و سرپائی، مشخصات بیماران، برکه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش ها و تصویربرداری، ثبت نتیجه نهایی و خلاصه پرونده تکمیل شده است و یک شماره ی پرونده اختصاصی دارد و از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده های بستری انطباق دارند.

سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تکمیل تمام اوراق پرونده برای بیماران بستری، اورژانس و سرپائی*	بررسی مستند	
۲	وجود سیستم شماره گذاری و شماره پرونده اختصاصی	بررسی مستند	
۳	وجود شرایط دسترسی یکسان برای پرونده های اورژانس و سرپائی	بررسی مستند	

توضیحات:

* بیماران سرپایی اورژانس دارای پرونده هستند.

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۲. اسامی و مشخصات بیماران از دو روش شماره پرونده پزشکی و نام و نام خانوادگی در فهرست اسامی اصلی که شامل بیماران جدید و قدیم است موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.

سطح سنجه	الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	اندکس اصلی بیماران ^۱ برای بیماران قدیم و جدید	بررسی مستند	
۲	بازیابی پرونده ها براساس شماره پرونده بیماران موجود در ایندکس اصلی	مشاهده	
۳	پرونده ها براساس نام و نام خانوادگی بیماران موجود در ایندکس اصلی	مشاهده	

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۳. اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم‌های پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است.

سطح سنجه			الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
۱	تکمیل تمامی اطلاعات دموگرافیک * بیماران در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص	بررسی مستند			
۲	تکمیل مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم‌های پرونده	بررسی مستند			

توضیحات:

*اطلاعات دموگرافیک شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، محل تولد، شماره شناسنامه، کد ملی، وضعیت تاهل، آدرس، شماره تلفن در سربرگ فرم‌های پرونده‌های ارسالی از بخش‌های بستری. توصیه . به ازا، مشخصات دموگرافیک برای بیمار شماره پرونده وجود دارد.

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات، سوپروایزر بالینی، سرپرستار / مسئول شیفت

ثبت داده ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل های تعیین شده صورت می گیرد.

۸

۱

ز

دستاوردها

تجمع، یکسان سازی و بروز رسانی آمار و اطلاعات بیمارستانی

سنجه ۱. ثبت داده های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/ واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.

☐ ایده آل

☒ اساسی

☐ الزامی

☐ سطح سنجه

روش ارزیابی

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

مصاحبه و مشاهده

ثبت داده های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/ واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود

۱

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۲. داده های ثبت شده مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها/ واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با وضعیت موجود بیمارستان مطابقت دارد.

☐ ایده آل

☒ اساسی

☐ الزامی

☐ سطح سنجه

روش ارزیابی

گام اجرایی / ملاک ارزیابی

بررسی مستند

مطابقت داده های ثبت شده اطلاعات شناسنامه ای در سامانه با پروانه تاسیس و بهره برداری بیمارستان*

۱

بررسی مستند و مشاهده

مطابقت داده های ثبت شده بخش های بیمارستانی در سامانه با وضعیت موجود بیمارستان و مستندات دفتر فنی

۲

بررسی مستند

مطابقت داده های ثبت شده فعالیت بخش ها/ واحدها در سامانه با دفاتر و فرم های آماری موجود بیمارستان

۳

توضیحات:

*ثبت داده ها در سامانه مشاهده شود

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۳. کنترل ثبت و به روزرسانی داده های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی براساس حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی			گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	کنترل ثبت داده های مربوط به پرسنل، پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات *	بررسی مستند و مشاهده			
۲	کنترل به روزرسانی داده ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند و مشاهده			

توضیحات:

* مسئولیت ثبت اطلاعات پرسنل و پزشکان با امور اداری و کارگزینی بیمارستان و مسئولیت ثبت اطلاعات تجهیزات پزشکی و سرمایه ای با اداره تجهیزات پزشکی بیمارستان یا معاونت درمان است. واحد مدیریت اطلاعات مسئولیت نظارت بر ثبت اطلاعات و به روزرسانی آن در این قسمت ها می باشد.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئول کارگزینی، مسئول تجهیزات پزشکی، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل های مورد نظر وزارت بهداشت صورت می گیرد

۹

۱

ز

دستاوردها

- مدیریت و کنترل فرایندهای مدیریتی و مراقبتی
- افزایش سرعت و دقت در ارائه خدمات به بیماران
- کاهش زمان پذیرش و ترخیص
- یکپارچه نمودن ثبت داده های بیمارستان

سنجه ۱. ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل اقلام اطلاعاتی^۱ قابل دسترسی در سایت گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت صورت می گیرد و با پرونده کاغذی بیماران مطابقت دارد.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل اقلام اطلاعاتی*
بررسی مستند	مطابقت داده های ثبت شده با پرونده کاغذی بیماران

توضیحات: *حداقل داده های بیماران در سایت دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان^۲ شامل دو گروه عمده داده های اداری و داده های بالینی می باشد. داده های اداری شامل داده های هویتی، اطلاعات دموگرافیک، داده های مربوط به پذیرش بیماران، داده های ترخیص، داده های مالی و صورت حساب بیمار است. داده های بالینی شامل داده های تشخیصی، داده های مربوط به اقدامات پاراکلینیکی، داده های مربوط به اقدامات درمانی است.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

سنجه ۲. کنترل محتوای داده ها و صحت آمارها و گزارش های دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی به طور منظم انجام می شود.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	کنترل محتوای داده ها و صحت آمارها و گزارش های دریافتی از سیستم اطلاعات*

توضیحات: *آمارها و گزارش های دریافتی سیستم اطلاعات بیمارستانی با دفاتر و فرم های آماری موجود مطابقت کامل دارد.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

1. Minimum Data Set (MDS)
2. Hospital Information System

ز | ۱ | ۱۰ | اطلاعات پرونده های پزشکی تکمیل می شود.

دستآورد استاندارد

■ ثبت تمامی اقدامات بالینی در نتیجه کاهش خطاهای پزشکی

سنجه ۱. فرم های پرونده اصل می باشد و تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرم ها به طور کامل تکمیل شده است.

سطح سنجه			الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود فرم های اصل در پرونده بیمار به غیر از فرم اعزام بیمار	بررسی مستند	
۲	تکمیل فرم های پرونده بیمار	بررسی مستند	

توضیحات: مطابق دستورالعمل شماره ۳۰۶۰۹/۴۰۹ د مورخ ۹۵/۱۰/۸

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

سنجه ۲. تشخیص نهایی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و خلاصه پرونده به طور دقیق ثبت شده است.

سطح سنجه			الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	ثبت تشخیص نهایی در فرم پذیرش، و خلاصه پرونده توسط پزشک معالج	بررسی مستند	
۲	مهر و امضاء هر دو فرم توسط پزشک معالج	بررسی مستند	

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات، سرپرستار بخش

سنجه ۳. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش های پزشکی حداقل شامل شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره ها در کل بیمارستان استفاده می شود.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	ثبت تمامی گزارش های پزشکی به زبان فارسی یا انگلیسی *	بررسی مستند			
۲	حداقل عناصر تشخیص نهایی، اقدام درمانی و عوارض و پیامدها و علت خارجی بیماری و صدمه، و علت فوت به زبان انگلیسی ثبت شده است	بررسی مستند			

توضیحات:

* ثبت گزارش های شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره ها به زبان فارسی یا انگلیسی انجام می شود.

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

سنجه ۴. فرم شرح حال شامل مشخصات دموگرافیک بیمار (جمعیت شناختی)، شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری های قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، تشخیص اولیه یا افتراقی طرح درمان در پرونده موجود است.

سطح سنجه			الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	ثبت مشخصات دموگرافیک بیمار (جمعیت شناختی) در فرم شرح حال	بررسی مستند			
۲	ثبت شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری های قبلی در فرم شرح حال	بررسی مستند			
۳	ثبت داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، در فرم شرح حال	بررسی مستند			
۴	ثبت معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، در فرم شرح حال	بررسی مستند			
۵	ثبت تشخیص اولیه یا افتراقی و طرح درمان در فرم شرح حال	بررسی مستند			

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات، رئیس بخش، سرپرستار بخش

ز	۱	۱۱	در صورت اعزام به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده برای بیمار به اطلاع بیمارستان مقصد رسانده می‌شود.
دستاورد استاندارد ■ ایجاد هماهنگی برای ارائه خدمات با سایر مراکز درمانی			

سنجه. پزشک معالج در زمان اعزام بیمار به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده را در فرم اعزام به صورت خوانا و کامل ثبت نموده و نسخه اصلی به بیمارستان مقصد ارسال و تصویر آن مهمور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در پرونده بیمار بایگانی می‌شود.			
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل		
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	ثبت گزارش اقدامات انجام شده در فرم اعزام بیمار به سایر مراکز توسط پزشک معالج	بررسی مستند	
۲	ارسال اصل فرم اعزام به بیمارستان مقصد	بررسی مستند	
۳	بایگانی کپی فرم اعزام داخل پرونده بیمار بعد از امضاء و مهر اصل	بررسی مستند	

هدایت کننده: مدیر پرستاری، سرپرستار بخش، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

ز	۱	۱۲	بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی می‌باشد.
دستاورد استاندارد ■ جلوگیری از اشتباه و تسهیل در بازیابی داده های بیمار			

سنجه. بیمارستان برای هجده برگ ابلاغی پرونده ها از سیستم کدگذاری رنگی ^۱ استفاده می نماید.			
سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل		
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	استفاده از سیستم کدگذاری رنگی برای هجده برگ اصلی پرونده بیماران	بررسی مستند	
هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت			

ز | ۱ | ۱۳ | کدگذاری اقدامات تشخیصی و درمانی در پرونده بیماران براساس دستورالعمل کشوری انجام می شود.

دستاوردها

- تشخیص و تفکیک بیماری ها و روش های درمانی از یکدیگر و طبقه بندی مدارک پزشکی براساس تشخیص ها
- افزایش سرعت و سهولت مراجعه به اطلاعات و ارائه آمارها

سنجه ۱. برای تمامی پرونده های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص نهایی پرونده ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری ها انجام می شود.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	کدگذاری قبل از بایگانی پرونده براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری ها

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۲. در کدگذاری پرونده ها، علاوه بر کدگذاری تشخیص نهایی، کدگذاری همه تشخیص ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت ها، و علت زمینه ای مرگ)، براساس دستورالعمل کشوری صورت می پذیرد.

سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	کدگذاری تمام تشخیص ها و اقدامات درمانی در پرونده براساس دستورالعمل

توضیحات:

در پرونده پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، (در موارد حادثه یا فوت، علل خارجی حوادث و مسمومیت ها، و علت زمینه ای مرگ)، و سایر تشخیص ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی اقدامات درمانی و بیماری ها موجود است.

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۳. از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی در فواصل تعیین شده و انجام تحقیقات استفاده می شود.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	استفاده از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی و انجام تحقیقات	بررسی مستند		

هدایت کننده: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۴. روش اجرایی استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن ها در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند		
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه		
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند		
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند		
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه		
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده		
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده		

توضیحات:

* فهرستی از اختصارات مجاز جهت استفاده در پرونده پزشکی و تشخیص ها و اقدامات در هر بخش تنظیم و در بخش نصب شده است، و نسخه ای از آن به واحد مدیریت اطلاعات ابلاغ شده و کارکنان این واحد از آن اطلاع دارند و در بررسی پرونده و کدگذاری براساس آن عمل می نمایند.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

ز | ۱ | ۱۴ | کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

دستآورد استاندارد

- فراهم شدن امکان اندازه گیری پیشرفت و بهبود عملکرد
- ایجاد هماهنگی و وحدت در روند اجرای فرایندهای اطلاعات سلامت

سنجه ۱. تکمیل صحیح ۱۸ برگ اصلی پرونده بیماران، در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی انجام می شود. همچنین ایجاد هرگونه فرم های بیمارستانی جدید توسط واحد ها و بخش ها منوط به تایید این کمیته رسیده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته وجود دارد.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	بررسی پرونده ها از تکمیل صحیح ۱۸ برگ اصلی پرونده های بالینی بیماران در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند		
۲	انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق	بررسی مستند		
۳	ممانعت از تولید فرم های غیر ابلاغی وزارت بهداشت خارج از فرآیند استاندارد*	بررسی مستند		

توضیحات:

* هرگونه فرم های بیمارستانی جدید توسط واحد ها و بخش ها منوط به تایید این کمیته رسیده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته وجود دارد

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات

سنجه ۲. سوابق بررسی مشکلات و رفع نیازهای بخش‌ها/واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی در صورتجلسات کمیته موجود است.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	بررسی مشکلات بخش‌ها/واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی در جلسات کمیته مدیریت اطلاعات	بررسی مستند		
۲	رفع نیازها و مشکلات سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط کمیته مدیریت اطلاعات*	بررسی مستند		

توضیحات:

* با همکاری مسئول فن‌آوری اطلاعات بیمارستان در صورتجلسات مصوبات یکسال اخیر کمیته مدیریت اطلاعات درمان بیمارستان سوابق مربوط به بررسی مشکلات و رفع نیازهای اطلاعاتی و عناصر داده‌ای محتوای سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی بخش‌ها/واحدها موجود است

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن‌آوری اطلاعات

سنجه ۳. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	تشکیل ماهیانه جلسات کمیته مدیریت اطلاعات سلامت *	بررسی مستند		

توضیحات:

* مصاحبه با اعضای کمیته در خصوص برگزاری ماهانه جلسات کمیته
توصیه ۱. تصمیمات اتخاذ شده در کمیته در اسرع وقت به مسئولین واحدهای مرتبط اطلاع‌رسانی و اجرای مصوبات پیگیری می‌شود.
توصیه ۲. یک نسخه از تمامی صورتجلسات کمیته جهت نظارت بر پیگیری مصوبات این کمیته به واحد بهبود کیفیت ارسال می‌شود.

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن‌آوری اطلاعات

