



۱- هدف: هدف از تدوین این سند بررسی شرایط و معیارهای دسترسی صحیح و مناسب به اطلاعات بیمار و حفظ اسرار و اطلاعات پزشکی بیماران و جلوگیری از دسترسی های غیر مجاز، در راستای سیاست کنترل و صیانت از پرونده های بیماران در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

۲- دامنه کاربرد: اجرای این سند در واحد مدیریت اطلاعات سلامت، ترخیص، کلیه بخش های درمانی/ واحدهای بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

۳- تعاریف :-

۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند حصول اطمینان از حفظ ایمنی پرونده های بالینی در زمان نقل و انتقالات مطابق با اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم منظور گردیده است.

۵- مسئول پاسخگو: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت- مدیر پرستاری

۶- مسئولیت ها و اختیارات:

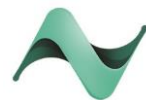
۶-۱- مسئول مدیریت اطلاعات سلامت مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای سند را بر عهده دارد.

۶-۲- مدیر اجرایی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

۶-۳- پرسنل واحدهای مدیریت اطلاعات سلامت و ترخیص مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

۷- شیوه انجام کار:

گام	مسئول اجرا
۷-۱- نقل و انتقال پرونده در بیمارستان توسط افراد مجاز تعیین شده به شرح ذیل انجام می شود: ۷-۱-۱- پانچ اوراق پرونده جهت جلوگیری از گم شدن پرونده در حین بستری و ترخیص ۷-۱-۲- استفاده از پوشه در نقل و انتقال بین بخشی پرونده توسط منشی ۷-۱-۳- درج مشخصات پرونده هنگام تحویل پرونده به واحد ترخیص در دفتر ثبت مربوطه ۷-۱-۴- اخذ رسید از واحد مدیریت اطلاعات سلامت در دفتر ثبت مربوطه هنگام تحویل پرونده از واحد ترخیص به واحد مدیریت اطلاعات سلامت * تذکر: در نقل و انتقال پرونده هرگز پرونده تحویل بیمار/ همراه بیمار نمی شود.	منشی / پرسنل واحد ترخیص و مدیریت اطلاعات سلامت
۷-۲- پس از ترخیص بیمار و تحویل پرونده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت، کلیه مراحل اعم از تحویل پرونده، مستند کردن نواقص پرونده، ثبت کدهای مربوط به تشخیص های پزشکی و اقدامات درمانی، در سیستم HIS بیمارستان ثبت می شود و امکان ردیابی پرونده در هر یک از مراحل مذکور وجود دارد.	پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت
۷-۳- در صورت درخواست پرونده، به منظور هر گونه عدم دخل تصرف فقط فایل الکترونیک در اختیار بخش های مجاز قرار داده می شود.	پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت
۷-۴- در صورت درخواست اصل پرونده، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت با مدیر درمان بیمارستان هماهنگ می نماید و در صورت تایید ارائه اصل پرونده توسط مدیر درمان، با امضا در دفتر ثبت تحویل پرونده و ثبت مشخصات فرد و بخش تحویل گیرنده، پرونده به بخش تحویل می گردد.	پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت



کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت	۷-۵- کنترل مستمر برای عودت پرونده هایی که از واحد مدیریت اطلاعات سلامت خارج گردیده اند بر اساس دفتر ثبت خروج اصل پرونده انجام می گردد.
پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت	۷-۶- بر اساس نواقص شناسایی شده مربوط به رپورت های تاخیری، رپورت های مربوطه از واحدهای ذیربط جهت الصاق به پرونده بیمار پیگیری می شود.
کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت	۷-۷- از طریق گزارش گیری از سیستم HIS، تطابق فهرست بیماران پذیرفته شده با پرونده های ورودی به مدیریت اطلاعات سلامت، به صورت ماهانه انجام می شود و پیگیری عدم تحویل پرونده های ترخیص شده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت انجام می شود.
مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	۷-۸- در صورت محرز شدن مفقودی پرونده، بلافاصله مراتب به مدیریت اعلام می شود و در کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت بررسی و تصمیم گیری می شود.

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند با همکاری مسئول مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان، به صورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر ۳ ماه یکبار توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت به کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان مطرح خواهد شد.

۸-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح زیر خواهد بود:

۸-۲-۱- نظارت بر عملکرد پرسنل بخش های درمانی، واحد مدیریت اطلاعات سلامت و ترخیص در اجرای سند به ترتیب بر عهده ی سوپروایزر بالینی مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و مسئول ترخیص خواهد بود.

۸-۲-۲-۱- نظارت بر عملکرد سوپروایزر بالینی، مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و مسئول ترخیص در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر اجرایی خواهد بود.

تبصره ۱: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول مدیریت اطلاعات سلامت خطاب به مدیر اجرایی، به صورت رونوشت به دفتر سنجش و پایش کیفیت انجام می شود.

۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مرجع تایید این سند خواهد بود.

۹-۲- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

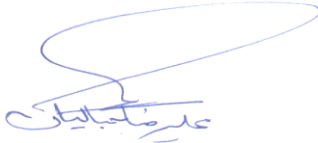
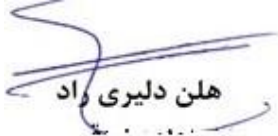
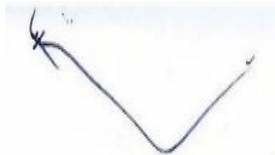
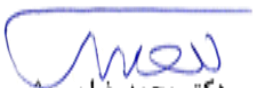
۹-۴- بازنگری: این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر اجرایی، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.



۱۰- منابع و مراجع:

۱-۱۰-۱ دفاتر ثبت تحویل پرونده

۱-۱۰-۲ استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

تهیه کنندگان	هاله مطلبی-مسئول مدیریت اطلاعات سلامت و پذیرش 	علیرضا جمالیان- مدیر مالی و ترخیص 	هلن دلیری راد-مدیر پرستاری 		
تایید اولیه	محمد شریفی صابر-مدیر اجرایی 	تایید کننده جانشین رئیس کمیته	مصوب کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مورخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۹ 	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان 
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت 	نسخه کپی		تاریخ بازنگری بهمدی پوهان بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ 	کنترل شد پوهان بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۴/۱۱/۳۰ 