



1-هدف : هدف از تدوین این روش اجرایی، اطمینان از نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان به منظور بازیابی در زمان بروز اشکال در سرورها و جلوگیری از، از بین رفتن اطلاعات حیاتی بیمارستان و در راستای سیاست ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2- دامنه کاربرد : اجرای این سند در واحد فناوری اطلاعات بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف :

3-1- پشتیبان (Back Up): به تهیه و ذخیره سازی فایل ها و پایگاه داده گفته می شود. این نسخه های کپی شده معمولاً برای بازگرداندن اطلاعات هنگام آسیب دیدن و یا مفقود شدن اطلاعات اصلی به کار می روند.

3-2- پایگاه داده ها (Data Base): به مجموعه ای از اطلاعات با ساختار منظم گفته می شود. این پایگاه های اطلاعاتی معمولاً در قالبی که برای دستگاه ها و رایانه ها قابل خواندن و قابل دسترسی باشند ذخیره می شوند.

3-3-Media: تجهیزات یا ابزارهای ذخیره سازی اطلاعات مانند CD و DVD و Blue ray

4-سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند، حصول اطمینان از نگهداری و پشتیبانی داده ها بصورت ایمن مطابق با اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم می باشد.

5-مسئول پاسخگو: مسئول فناوری اطلاعات

6- مسئولیت ها و اختیارات :

6-1-مسئول فناوری اطلاعات مسئولیت تدوین، نظارت بر اجرای صحیح سند و بازنگری در بازه زمانی مشخص را بر عهده دارد.

6-2-مدیر اجرایی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد .

6-3-کارشناس فناوری اطلاعات مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

7-شیوه انجام کار :

مسئول اجرا	موارد
مسئول فناوری اطلاعات	7-1- روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان می گردد.
مسئول فناوری اطلاعات	7-2- روش اجرایی مربوطه به پرسنل فناوری اطلاعات آموزش داده می شود و پرسنل مربوطه ملزم به اجرای صحیح آن هستند.
مسئول فناوری اطلاعات	7-3- با استفاده از قابلیت های Data Base برنامه ریزی Backup گیری بر روی هر سرور در هر شبانه روز یکبار به صورت خودکار براساس قابلیت های بانک اطلاعاتی تعریف می شود.
مسئول فناوری اطلاعات	7-4- تشخیص تعداد Backup و فاصله زمانی آنها بر اساس میزان اهمیت نرم افزار و حجم اطلاعات تولید شده در هر ساعت شبانه روز مشخص می گردد.
کارشناس فناوری اطلاعات / مسئول فناوری اطلاعات	7-5- هر شب ساعت 12 شب از دیتابیس سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) بر روی سرور بکاپ گرفته می شود و در ساعت 3 صبح بکاپ ها فشرده می شود و بر روی سرور دیگری کپی می شوند و یک نسخه از آن هم بر روی سرور خارج بیمارستان کپی می شود. این اطلاعات تا 30 روز بر روی سرورها نگهداری می شوند . بصورت هفتگی بکاپ ها بر روی Media در دو نسخه رایت می شوند. بکاپ INCRIMENTAL بصورت ساعتی هر ساعت انجام می شود. و در ساعت 3



	صبح بکاپ ها فشرده شده و بر روی سرور دیگری کپی می شوند. بکاپ از سرورها و ماشین های بخاری هر شب ساعت 12 انجام شده و تا 7 روز نگهداری می شود.
مسئول فناوری اطلاعات	6-7- یک نسخه اطلاعات ذخیره شده بر روی Media در داخل بیمارستان و در گاوصندوق ضد حریق ذخیره می شود. این نسخه ها پس از دریافت رسید تحویل افراد می گردد.
مسئول فناوری اطلاعات	7-7- نسخه دوم به فرد امین تحویل داده می شود و توسط ایشان در محیط خارج از بیمارستان نگهداری می شود.
مسئول فناوری اطلاعات	8-7- از طریق کنترل چک لیست های تکمیل شده بر اجرای صحیح روش اجرایی نظارت می نماید.

1-8- پایش و نظارت:

- 1-8- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند با همکاری مسئول فناوری اطلاعات بیمارستان، بصورت فرم الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط مسئول فناوری اطلاعات به مدیر اجرایی و هر 6 ماه یکبار در کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان مطرح خواهد شد.
- 2-8- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح زیر خواهد بود:
- 1-2-8- نظارت بر عملکرد پرسنل واحد فناوری اطلاعات در اجرای سند بر عهده مسئول فناوری اطلاعات خواهد بود.
- 2-2-8- نظارت بر عملکرد مسئول مدیریت اطلاعات سلامت و مسئول فناوری اطلاعات در اجرای درست سند بر عهده مدیر اجرایی خواهد بود.
- تبصره 1: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول فناوری اطلاعات خطاب به مدیر اجرایی، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

9- مرجع تأیید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 1-9- تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر اجرایی، کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مرجع تأیید این سند خواهد بود.
- 2-9- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.
- 3-9- 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.
- 4-9- بازنگری: این سند توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر اجرایی، مسئول فناوری اطلاعات و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

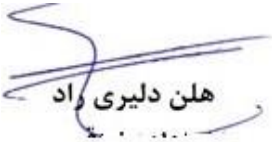
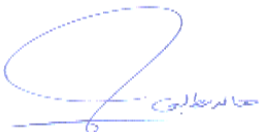
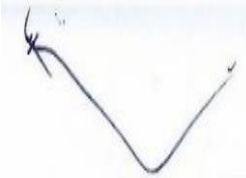
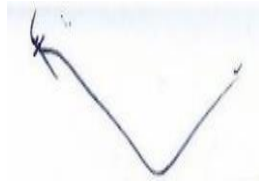
10-منابع و مراجع:

10-1- American Medical Record Association AMRA

10-2- Fa.wikipedia.org/wiki

10-3- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401



 هلن دلیری راد مدیر پرستاری	 هاله مطلبی - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	 آرش نظری مسئول فن آوری اطلاعات نیکان غرب	تهیه کنندگان		
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مورخ 1404/07/27 	تایید کننده جانشین رئیس کمیته		تایید اولیه
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت			توزیع نسخ
 تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب	 کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۲۳ بیمارستان نیکان غرب				