



۱- هدف: هدف از این روش اجرایی ارزیابی و کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی و اطلاع‌رسانی نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده‌ها در راستای سیاست ارتقا کیفیت خدمات در بیمارستان نیکان تدوین شده است.	
۲- دامنه کاربرد: واحد انفورماتیک بیمارستان نیکان و کلیه واحدهای بهره‌بردار نرم افزار بیمارستانی صاحبان فرایند: مسئول واحد انفورماتیک - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت - مسئول پذیرش و ترخیص	
۳- تعاریف: ۱-۳- اطلاعات ثبتی: کلیه اطلاعات مربوط به پرونده بیمار اعم از اطلاعات دموگرافیک، خدمات پزشکی، دارو، کدهای ارزش نسبی را شامل می‌شود.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۱-۴- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف ارزیابی و کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی و اطلاع‌رسانی نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده‌ها در راستای سیاست ارتقا کیفیت خدمات مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول انفورماتیک مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای صحیح روش اجرایی را برعهده دارد و در محدوده شرح وظایف ابلاغی و در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می‌باشد.
۲-۶	مدیریت درمان، مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، مسئول واحد پذیرش و ترخیص ناظر بر اجرای این خط مشی می‌باشند.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
مسئول پذیرش	۱-۷- مسئول پذیرش روزانه تعدادی از پرونده‌های بیماران را از منظر اطلاعات دموگرافیک ثبت شده کنترل می‌نماید.
کارشناس ترخیص / مسئول ترخیص	۲-۷- کلیه پرونده‌های بیماران ترخیص شده در زمان ترخیص توسط کارشناس ترخیص بررسی می‌شود و خدمات ثبت شده در پرونده و نرم‌افزار مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و در صورت مغایرت، رفع اشکال شده و پس از آن پرونده ترخیص می‌شود.
مسئول مدیریت اطلاعات سلامت/ کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت	۳-۷- پرونده‌ها پس از ترخیص، در واحد مدیریت اطلاعات سلامت ارزیابی شده و محتویات پرونده و اطلاعات ثبت شده بررسی می‌شوند و نقایص پرونده به مدیریت گزارش می‌شود.
مسئول انفورماتیک	۴-۷- گزارش‌های پذیرش بستری و اعمال جراحی انجام شده در داشبورد قرار می‌گیرد و در صورت مغایرت در گزارش‌ها موضوع جهت رفع اشکال به شرکت پشتیبان اعلام می‌گردد.
مسئول انفورماتیک/ اعضاء کمیته	۵-۷- گزارش‌های سیستم به صورت ماهیانه در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات مطرح و مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.	
۲-۸- نظارت: مسئول بهبود کیفیت بر روند اجرای روش اجرایی نظارت دارند.	



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

۱-۹- تایید: مدیریت فناوری اطلاعات مرجع تایید این روش اجرایی خواهد بود.

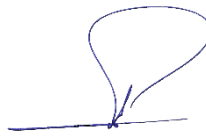
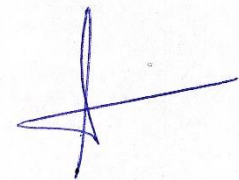
۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این روش اجرایی خواهد بود.

۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این روش اجرایی در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این روش اجرایی توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.

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

۱۰- منابع و مراجع:

American Medical Record Association AMRA fa.wikipedia.org/wiki -۱-۱۰

تهیه کنندگان			
محمدعلی سنجابی مسئول انفورماتیک بیمارستان	معصومه خسروی مسئول مدارک پزشکی و پذیرش	جواد محسنی مسئول ترخیص	
			
تأیید اولیه	تأیید کننده	تصویب و ابلاغ کننده	
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	دکتر مجید تقدیر مدیریت فناوری اطلاعات	دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	
			
توزیع نسخ			
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	