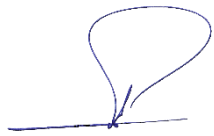
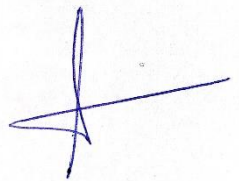




۱- هدف: هدف از تدوین این روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان به منظور بازیابی در زمان بروز اشکال در سرورها و جلوگیری، از بین رفتن اطلاعات حیاتی بیمارستان و در راستای سیاست ارتقا کیفیت خدمات در بیمارستان نیکان می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: واحد انفورماتیک بیمارستان نیکان صاحبان فرایند: مسئول و پرسنل واحد انفورماتیک – ریاست بیمارستان	
۳- تعاریف: ۱-۳ نسخه پشتیبان (Back Up): به تهیه و ذخیره سازی فایل ها و یا 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. ۲-۳ پایگاه داده ها (Date 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. ۳-۳ Media: تجهیزات یا ابزارهای ذخیره سازی اطلاعات مانند CD، DVD، Blue ray	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۱-۴ سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف تدوین این روش اجرایی 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 بین رفتن اطلاعات حیاتی بیمارستان و در راستای سیاست ارتقا کیفیت خدمات مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول انفورماتیک	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول انفورماتیک مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای صحیح روش اجرایی را برعهده دارد و براساس شرح وظایف ابلاغی در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می باشند.
۲-۶	کارشناس انفورماتیک مسئولیت اجرای صحیح روش اجرایی را برعهده دارد و براساس شرح وظایف ابلاغی در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می باشند.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
مسئول انفورماتیک	۱-۷ این روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان توسط مسئول انفورماتیک تدوین می گردد.
مسئول انفورماتیک	۲-۷ روش اجرایی مربوطه توسط مسئول انفورماتیک به پرسنل انفورماتیک آموزش داده می شود و پرسنل مربوطه ملزم به اجرای صحیح آن هستند.
مسئول انفورماتیک	۳-۷ با استفاده از قابلیت های Data Base، برنامه ریزی Backup گیری بر روی هر سرور براساس قابلیت های بانک اطلاعاتی که توسط مسئول انفورماتیک تعریف شده است، در هر شبانه دو بار و به صورت خودکار، راس ساعت ۱۲ ظهر و ۱۲ شب انجام می گردد.
مسئول انفورماتیک	۴-۷ تشخیص تعداد Backup و فاصله زمانی آن ها براساس میزان اهمیت نرم افزار و حجم اطلاعات تولید شده در هر ساعت شبانه روز مشخص می گردد.
مسئول انفورماتیک	۵-۷ به غیر از نسخ پشتیبان اخذ شده از SQL Server در هر شبانه روز یکبار و به صورت خودکار، بین ساعت ۱۲ شب تا ۴ صبح از ماشین های مجازی Backup گرفته شده و به صورت اتوماتیک به Nas Storage انتقال می یابد.
مسئول انفورماتیک	نسخ پشتیبان تهیه شده بین ساعت ۱۲ شب تا ۴ صبح به صورت اتوماتیک فشرده شده و به یک پارتیشن دیگر انتقال می یابد، همچنین نسخ پشتیبانی قدیمی، پس از انتقال، از مبدا به صورت اتوماتیک پاک میشود.
کارشناس انفورماتیک / مسئول انفورماتیک	۶-۷ کلیه نسخه های Backup ابتدا بر روی سرور ذخیره می شود و هر هفته یکبار ۲ نسخه پشتیبان توسط کارشناس انفورماتیک بر روی Media ذخیره و تحویل مسئول انفورماتیک می گردد و در چک لیست مربوطه زمان بک آپ، تعداد بک آپ، وضعیت بایگانی توسط کارشناس انفورماتیک ثبت می گردد.
مسئول انفورماتیک	۷-۷ یک نسخه اطلاعات ذخیره شده بر روی Media در داخل بیمارستان و در گاوصندوق ضدحریق توسط مسئول انفورماتیک ذخیره می شود.



مسئول انفورماتیک	۸-۷- نسخه دوم توسط مسئول انفورماتیک به ریاست بیمارستان تحویل داده می شود و توسط ایشان در محیط خارج از بیمارستان نگهداری می شود.
مسئول انفورماتیک	۹-۷- مسئول انفورماتیک از طریق کنترل چک لیست های تکمیل شده بر اجرای صحیح روش اجرایی نظارت می نماید.
۸- پایش و نظارت: ۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول انفورماتیک می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید. ۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت بر روند اجرای روش اجرایی نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری: ۹-۱- تایید: مدیریت فناوری اطلاعات مرجع تایید این روش اجرایی خواهد بود. ۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این روش اجرایی خواهد بود. ۹-۳- 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. ۹-۴- 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 ۱۰-۱-	

تهیه کنندگان			
		دکتر مجید تقدیر مدیریت فناوری اطلاعات	محمدعلی سنجابی مسئول انفورماتیک بیمارستان
			
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تأیید اولیه	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر مجید تقدیر مدیریت فناوری اطلاعات	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	