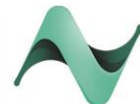
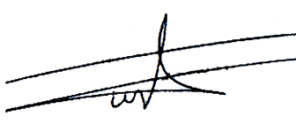
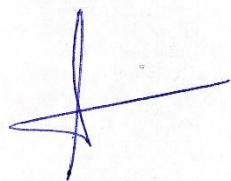


۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل یکسان سازی اصطلاحات مورد نیاز در پرونده های پزشکی بیماران در راستای ارتقا کیفیت و ایمنی خدمات سلامت در بیمارستان نیکان می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی- واحد مدیریت اطلاعات سلامت صاحبان فرایند: پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت – پرستاران - پزشکان	
۳- تعاریف :	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف دستورالعمل یکسان سازی اصطلاحات مورد نیاز در پرونده های پزشکی بیماران در راستای ارتقا کیفیت و ایمنی خدمات سلامت مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول فنی	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مدیر درمان و مدیر پرستاری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح روش اجرایی را برعهده دارد و براساس شرح وظایف ابلاغی در محدوده شرح وظایف خود دارای اختیار می باشند.
۲-۶	کلیه پزشکان و پرستاران مسئولیت اجرای صحیح روش اجرایی را برعهده دارند و براساس شرح وظایف ابلاغی در محدوده شرح وظایف خود دارای اختیار می باشند.
۷- شیوه انجام کار:	
مدیر درمان / مدیر پرستاری	۷-۱- لیست حروف اختصاری مجاز به صورت یکسان و استاندارد جهت هر بخش درمانی توسط مدیر درمان تأیید و در کمیته اطلاعات سلامت ابلاغ گردد.
ریاست بیمارستان	۷-۲- حروف اختصاری مجاز جهت استفاده کلیه پرستاران و پزشکان در پرونده بیماران، به کلیه بخش ها ابلاغ گردد.
مدیر پرستاری / مدیر درمان	۷-۳- به منظور آگاهی و کاربرد از لیست اختصارات مجاز به ثبت در پرونده بیماران، شیوه انجام کار توسط مدیر پرستاری به کلیه پرستاران و توسط مدیر درمان به مدیران گروه های پزشکی اطلاع داده شود.
مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	۷-۴- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت نحوه استفاده از لیست مذکور را جهت کدگذاری تشخیص ها و اقدامات درمانی پرونده های بیماران به کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت آموزش بدهد.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول فنی می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید. ۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری: ۹-۱- تایید: مدیر اجرایی مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود. ۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود. ۹-۳- نگهداری و توزیع : نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت. ۹-۴- بازنگری: این دستورالعمل 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 دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع: ۱۰-۱- استانداردهای اعتباربخشی ۱۰-۲- کتاب اختصارات پزشکی (سید رضا موسوی - ناصر نژادی)	



تهیه کنندگان		
دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	معصومه خسروی مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
		
تأیید اولیه	تأیید کننده	تصویب و ابلاغ کننده
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان
		
توزیع نسخ		
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان