

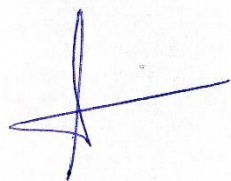
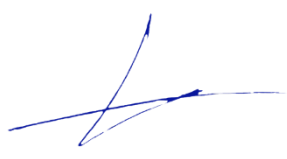


۱- هدف: هدف از تدوین این خط مشی و روش بررسی شرایط و معیارهای دسترسی صحیح و مناسب به اطلاعات بیمار و با هدف حفظ اسرار و اطلاعات پزشکی بیماران و جلوگیری از دسترسی های غیرمجاز و در راستای سیاست کنترل و صیانت از پرونده های بیماران در بیمارستان نیکان است.	
۲- دامنه کاربرد: واحد مدیریت اطلاعات سلامت - واحد ترخیص - کلیه بخشهای درمانی صاحبان فرایند: کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت، ترخیص، منشی بخش	
۳- تعاریف: -	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۱-۴ سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف هدف دسترسی صحیح و مناسب به اطلاعات بیمار و با هدف حفظ اسرار و اطلاعات پزشکی بیماران و جلوگیری از دسترسی های غیرمجاز و در راستای سیاست کنترل و صیانت از پرونده های بیماران مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	
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:	
منشی/ پرسنل واحد ترخیص و مدیریت اطلاعات سلامت	۱-۷ نقل و انتقال پرونده در بیمارستان توسط افراد مجاز تعیین شده به شرح ذیل انجام می شود: -پانچ اوراق پرونده جهت جلوگیری از گم شدن اوراق پرونده در حین بستری و ترخیص -استفاده از پوشه در نقل و انتقال بین بخش پرونده توسط منشی -درج مشخصات پرونده هنگام تحویل پرونده به واحد ترخیص در دفتر ثبت مربوطه -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*
پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت	۲-۷ 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 هریک از مراحل مذکور وجود دارد.
پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت	۳-۷ در صورت درخواست پرونده، به منظور هرگونه عدم دخل تصرف فقط فایل الکترونیک در اختیار بخش های مجاز قرار داده می شود.
پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت	۴-۷ در صورت درخواست اصل پرونده، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت با مدیریت درمان بیمارستان هماهنگ می نماید و در صورت تأیید ارائه اصل پرونده توسط مدیریت درمان، با امضاء در دفتر ثبت تحویل پرونده و ثبت مشخصات فرد و بخش تحویل گیرنده، پرونده در واحد مدیریت اطلاعات سلامت با حضور پرسنل و یا در مدیریت درمان جهت جلوگیری از دخل و تصرف تحویل فرد متقاضی می گردد.
کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت	۵-۷ کنترل مستمر برای عودت پرونده هایی که از واحد مدیریت اطلاعات سلامت خارج گردیده اند براساس دفتر ثبت خروج اصل پرونده، انجام می گردد.
پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت	۶-۷ براساس نواقص شناسایی شده مربوط به رپورت های تأخیری، 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 پذیرش 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	۸-۷- در صورت محرز شدن مفقودی پرونده، بلافاصله مراتب به مدیریت اعلام می شود و در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بررسی و تصمیم گیری می شود. ۸-۷-۱- در صورتی که پرونده به واحد مدارک پزشکی تحویل نگردیده باشد مراتب به واحد ترخیص اطلاع داده شده و پس از بازبایی در ترخیص تحویل واحد مدارک پزشکی می گردد. ۸-۷-۲- چنانچه پرونده از واحد ترخیص تحویل مدارک پزشکی گردیده باشد، دفتر ارسال مراسلات مربوط به خروج پرونده توسط کارشناس مدارک پزشکی مورد بررسی قرار می گیرد و چنانچه پرونده در لیست دفتر باشد از بخش تحویل گیرنده بازبایی می شود. ۸-۷-۳- اگر پرونده در لیست دفتر ارسال مراسلات نبود، جستجوی پرونده در قفسه های هم جوار و یا شماره های پرونده مشابه انجام می پذیرد. ۸-۷-۴- چنانچه پرونده در قفسه های هم جوار هم پیدا نشود موضوع در کمیته مدارک پزشکی مطرح گردیده و صورت جلسه می گردد و مصوبه صادر می شود. ۸-۷-۵- بر اساس مصوبه کمیته مدارک پزشکی، ریاست بیمارستان به کلیه واحدهای بیمارستان دستور جستجوی پرونده در بخش هایشان را صادر می کند. ۸-۷-۶- چنانچه پرونده در کلیه بخش های بیمارستان پیدا نگردد طبق دستور ریاست و معاونت درمان کلیه دفاتر مربوط در بخش بستری پرونده مفقود شده مورد بررسی قرار گرفته و اطلاعات مرتبط در بخش بستری پرونده مفقود شده مورد بررسی قرار گرفته و بدون هیچ دخل و تصرفی استخراج می شود. ۸-۷-۷- کلیه گزارشات موجود در سیستم اعم از گزارشات پاراکلینیک و مالی و برگه پذیرش بیمار که اطلاعات آن در سیستم بیمارستان ذخیره می باشد پرینت گرفته می شود. ۸-۷-۸- اگر کپی پرونده برای سازمانی ارسال گردیده باشد با آن سازمان جهت اخذ کپی پرونده مکاتبه به عمل می آید. ۸-۷-۹- پس از جمع آوری مستندات پرونده بر روی اوراق صادر شده مهر المثنی درج می گردد و سپس بعد از طی مراحل مربوط به فرایندهای کاری واحد مدارک پزشکی پرونده بایگانی می شود. ۸-۷-۱۰- باید دقت نمود که کلیه مراحل بازبایی اطلاعات پرونده مفقود شده می بایست بدون هیچ دخل و تصرفی در اطلاعات صورت پذیرد.
	۸- پایش و نظارت: ۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول مدیریت اطلاعات سلامت می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید. ۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت از طریق دفاتر ثبت و گزارش های سیستم HIS بر روند اجرای خط مشی نظارت دارند.
	۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری: ۹-۱- تایید: مدیر اجرایی مرجع تایید این خط مشی خواهد بود. ۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این خط مشی خواهد بود. ۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این خط مشی در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این خط مشی توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت. ۹-۴- بازنگری: این خط مشی 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 خط مشی را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.
	۱۰- منابع و مراجع: ۱۰-۱- استانداردهای اعتبار بخشی نسل پنجم، ۱۴۰۱



تهیه کنندگان			
دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	معصومه خسروی مسئول واحد پذیرش و مدیریت اطلاعات سلامت	جواد محسنی مسئول ترخیص	
			
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	