



۱- هدف: این سند با هدف رعایت الزامات حقوق گیرنده خدمت، حفظ شأن و منزلت انسانی ذینفعان بیمارستان و با هدف جلب اعتماد بیماران و همراهان و کلیه مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان تدوین گردیده است.	
۲- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش‌ها و مراکز ارائه دهنده خدمت سرپائی و بستری بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان توسط ارائه دهندگان خدمت الزامی است.	
۳- تعاریف: ۱-۳- حریم: یک اصطلاح فقهی و حقوقی است که متضمن مفهوم ممنوعیت و محدودیت است و یعنی هر چیزی که شکستن آن جایز نمی‌باشد و لذا هر گونه اقدام با آنچه مقصود از حریم است بدون اجازه صریح از طرف مالک صحیح نیست. حریم ۴ نوع می‌باشد: حریم فیزیکی، حریم جسمانی، حریم اطلاعاتی و حریم ملکی که هر یک تعاریف خود را دارا می‌باشد. حریم خصوصی اطلاعاتی مربوط به ممنوعیت افشای و بدون کنترل داده‌های شخصی و مسائل قانونی ناشی از آن است. ۲-۳- حریم خصوصی: طبق ماده ۲ لایحه، حریم خصوصی به قلمرویی از زندگی هر شخص گفته شده که آن شخص عرفاً یا با اعلان قبلی، در چارچوب قانون، انتظار دارد تا دیگران بدون رضایت او به آن وارد نشوند یا بر آن نگاه یا نظارت نکنند و یا به اطلاعات مربوط به آن دسترسی نداشته یا در آن قلمرو، او را مورد تعرض قرار ندهند. جسم، البسه و اشیاء همراه افراد، اماکن خصوصی و منازل، محل‌های کار، اطلاعات شخصی و ارتباطات خصوصی با دیگران، حریم خصوصی به حساب می‌آیند. ۳-۳- ابعاد و مفهوم حریم خصوصی در بیمارستان: در بیمارستان سه بعد حریم فیزیکی (حفظ فاصله با اشخاص و بیماران، بهره مندی از پرده بین تخت‌ها و برخورداری از اتاق خصوصی)، جسمانی (عدم لمس، حفظ پوشیدگی) و اطلاعاتی هویتی و شخصی و روانی، اجتماعی (عدم عکسبرداری از بیمار، عدم افشای بیماری، اطلاعات عمل جراحی، مصاحبه و انتشار تصاویر در فضای مجازی) می‌باشد. ۴-۳- بیمار و پرسنل همگن: جنسیت ارائه دهنده خدمت با گیرنده خدمت یکسان باشد.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۱-۴- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی بر مبنای رعایت مفاد منشور حقوق بیمار، ارائه خدمات بصورت ایمن و اثربخش مبتنی بر رویکرد مهرورزی، احترام به حریم خصوصی و اعتقادات گیرندگان خدمت و افزایش رضایتمندی کلیه ذینفعان و مراجعین مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیران ارشد و میانی، سرپرستاران، مسئولین واحدها و ارائه دهندگان خدمت	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	دبیر کمیته اخلاق پزشکی هر مجموعه مسئولیت تدوین و بازنگری سند را در بازه‌ی زمانی مشخص و طرح موارد عدم انطباق در کمیته اخلاق پزشکی بر عهده دارد.
۲-۶	مسئول گیرنده خدمت، کارشناس تجارب بیماران و کارشناس رسیدگی به امور بیماران مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند را در حیطه اختیارات خود بر عهده داشته و موارد عدم انطباق را باید به دبیر کمیته اخلاق جهت طرح در کمیته اعلام نماید.
۳-۶	مدیران ارشد و میانی، سرپرستاران و مسئولین واحدها مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند توسط ارائه دهندگان خدمت را بر عهده دارند.
۴-۶	ارائه دهندگان خدمت مسئولیت اجرای صحیح سند را در تمام مراحل ارائه خدمت بر عهده دارند.
۷- شیوه انجام کار:	
۱-۷- حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران	
سوپروایزر آموزشی	۱-۱-۷- کلیه کارکنان در بدورود به بیمارستان به منظور آشنایی با منشور حقوق بیمار، حفظ حریم شخصی بیماران و مراجعین در دوره‌های توانمندسازی شرکت می‌نمایند. <u>تبصره:</u> دوره‌های آموزشی شامل مفاد منشور، تعهد حرفه‌ای، سوء رفتار حرفه‌ای و مهارت‌های ارتباطی اثربخش در قالب برگزاری کارگاه، طراحی و اجرای سناریوها و... می‌باشد.
سوپروایزر بالین سوپروایزر آموزشی	۲-۱-۷- پایش و ارزیابی بخش‌های بالینی از نظر آگاهی از ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار انجام می‌گردد.
پرستار مسئول بیمار منشی	۳-۱-۷- در زمان ورود بیمار به بخش و دریافت خدمت در بخش هرگز نام و نام خانوادگی بیمار، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی بر روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود بر بالین بیمار و تابلوی بخش ثبت شود. <u>تبصره ۱:</u> با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی وی از تشخیص‌های احتمالی یا قطعی لازم است تمام نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود.



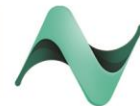
۲-۷- سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران	
سرپرستار	۱-۲-۷ پزشک معالج، پزشک مشاور، متخصصین پاراکلینیک، سرپرستار، پرستاران، ماماها، پیراپزشکان و منشی افراد مجاز به دسترسی پرونده جاری بیماران در بخش بوده که پس از ترخیص اجازه دخل و تصرف در پرونده را ندارند.
مسئول مدارک پزشکی	۲-۲-۷ رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر درمان، مسئول فنی، مدیر پرستاری، مسئول مدارک پزشکی و کارکنان مدارک پزشکی با تأیید مسئول واحد مربوطه افراد مجاز به دسترسی پرونده بیماران ترخیص شده می‌باشند.
سرپرستار	۳-۲-۷ بیمار با هماهنگی پزشک معالج می‌تواند پرونده پزشکی خود را مطالعه نماید.
بیمار یا ولی قانونی	۴-۲-۷ در هنگام مراجعه بیمار به پذیرش یا بخش، بیمارستان جهت بستری، جدول تعیین همراهان و افراد مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه بیماران توسط بیمار یا ولی قانونی در صورت هوشیاری کامل تکمیل می‌نماید. <u>تبصره ۲:</u> جدول تعیین همراهان مجاز پشت برگه شماره ۱ (خلاصه پذیرش و ترخیص) پرونده بالینی بیمار درج شده است. <u>تبصره ۳:</u> در صورتی که یکی از همراهان بیمار، پزشک، پرستار، پیراپزشک و یا سایر رشته های وابسته به گروه درمان است و جهت مطالعه تقاضای پرونده بیمار را نماید، صرفاً با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت می‌شود. <u>تبصره ۴:</u> آموزش شیوه تکمیل جدول تعیین همراهان یا افراد مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه به بیماران بر عهده کارمند پذیرش منشی بخش می باشد
کارمندپذیرش منشی	۵-۲-۷ در زمان اخذ رضایت و تکمیل جدول تعیین همراهان یا افراد مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه بیماران، موضوع به صورت خصوصی و نامحسوس به گونه ای به بیمار یا ولی قانونی توضیح داده می‌شود که موجب عوارض روحی و حاشیه‌ای برای بیمار نمی شود.
مسئول مدارک پزشکی	۶-۲-۷ سازمان‌های بیمه‌گر با ارائه درخواست رسمی و تأیید رئیس بیمارستان می‌توانند به صورت محدود به پرونده بیمار دسترسی داشته باشند. <u>تبصره ۵:</u> کارفرمایان بیماران ناشی از حوادث حین کار با اجازه مراجع قضایی یا رضایت کتبی بیمار و یا نماینده قانونی وی می‌توانند به پرونده بیمار دسترسی داشته باشند.
مسئول مدارک پزشکی	۷-۲-۷ در صورت بستری مجدد بیمار در سایر مراکز درمانی، بیمارستان بستری کننده می‌تواند با ارائه درخواست کتبی بدون اجازه نامه بیمار به اطلاعات پرونده دسترسی داشته باشد.
مسئول مدارک پزشکی	۸-۲-۷ پرونده های پزشکی فقط در صورت تایید ریاست بیمارستان یا مدیریت درمان می‌تواند از واحد مدارک پزشکی خارج گردد و فقط منشی ها مجاز به حمل آن در بین بخش ها می باشند.
مسئول مدارک پزشکی	۹-۲-۷ در مواردی شامل کودک آزاری، بیماری های واگیر، بیماری های صعب العلاج و درخواست مراجع قضایی، بیمارستان مجاز به در اختیار گذاردن اطلاعات بیمار بدون اجازه وی می باشد.
۳-۷- ارائه خدمات درمانی و تشخیصی با رعایت حفظ حریم فیزیکی	
پرستار مسئول بیمار	۱-۳-۷ پس از مستقر شدن بیمار در اتاق و بخش مورد نظر، پرستار مسئول بیمار مطابق با دفتر تقسیم کار خود را به بیمار کامل معرفی می‌نماید.
ارائه دهندگان خدمت	۲-۳-۷ هنگام ورود به اتاق بیماران در صورت بسته بودن درب لازم است، درب اتاق زده شود و در صورت باز بودن با گفتن کلمه سلام با آوای بلند اجازه ورود به اتاق را گرفته و پس از صدور مجوز توسط بیمار، ارائه دهنده خدمت وارد اتاق شده و نوع خدمت را برای بیمار توضیح می‌دهد. <u>تبصره ۷:</u> در زمان ارائه خدمت به بیمار، صرفاً از الفاظ خانم یا آقا برای وی استفاده می‌شود و از به کار بردن کلمه "تو" برای خطاب قراردادن وی پرهیز می‌شود (بکار بردن کلمه "تو" به حریم خصوصی بیمار خدشه وارد می کند زیرا این کلمه برای خطاب کردن افراد نزدیک بکار می رود).
ارائه دهندگان خدمت	۳-۳-۷ در غیر از مواردی که برای ارائه خدمت لازم است فاصله فیزیکی اجتماعی (بیش از ۱/۵ متر) رعایت نشود در سایر مواقع رعایت این فاصله الزامی می باشد .
سرپرستار مسئول شیفت	۴-۳-۷ از ورود آقایان به بخش زنان در ساعت‌های غیرملاقات مانعت به عمل می‌آید. <u>تبصره ۸:</u> در بخش بلوک زایمان با اطلاع به سایر بیماران و رعایت شئون اسلامی حضور همسر بر بالین مادر باردار بلامانع است.

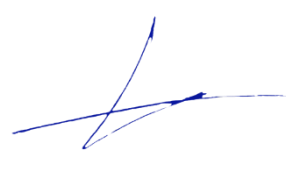
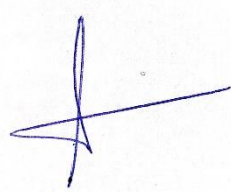


۴-۷- حفظ پوشش بیماران با رعایت موازین شرعی و اخلاق حرفه ای	
۱-۴-۷- انطباق لباس هایی مناسب با جنسیت و وضعیت بیماران در کمیته اخلاق پزشکی طرح موضوع و پس از تصویب دبیر کمیته اخلاق پزشکی لباسه های مناسب خریداری می شوند.	
۵-۷- انجام خدمات درمانی توسط کارکنان درمانی همگن	
۱-۵-۷- افراد با جنسیت همگن (پزشک و پرستار) مراقبت بیمار را در بخشهای ویژه و بستری در تمام شیفتها برعهده دارند.	سرپرستار مسئول شیفت
تبصره ۸: چنانچه با محدودیت پرسنل همگن در بخشهای بستری و ویژه مواجه باشیم ارائه خدمت با حضور یک پرسنل همگن صورت خواهد گرفت، مگر در شرایطی که تاخیر در مراقبت موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار می شود و در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات جایگزینی پرسنل همگن صورت می پذیرد.	
۲-۵-۷- استفاده از پرسنل همگن در تمامی شیفتها پایش می گردد.	سوپروایزران سرپرستاران مسئولین شیفتها
۳-۵-۷- استفاده از بیماربر همگن در هنگام انتقالهای بین بخشی و درون بخشی و در انتقال به بخشهای کلینیکی و یا پاراکلینیکی و همچنین پوشش بیماران توسط پرستار بخش کاملاً حفظ می گردد.	سرپرستاران مسئولین شیفتها
۴-۵-۷- جهت انجام معاینات زنان و زایمان در موارد ضرورت انجام توسط افراد غیر هم جنس، با حضور محارم بیمار یا یک نفر از پرسنل فنی خانم انجام می شود.	سرپرستاران مسئولین شیفتها
تبصره ۹: بکارگیری پزشکان همگن در معاینات و ارائه خدمات تشخیصی درمانی زنان و زایمان توسط مدیر درمان صورت می پذیرد.	
تبصره ۱۰: حضور محارم از اعضای خانواده باید با رضایت بیمار باشد و در مواردی که بیمار تمایل ندارد یکی از اعضای خانواده در زمان معاینه ی پزشک غیر همگن بر بالین وی حضور یابد، ضروریست یکی از پرسنل همگن بیمارستان حضور یابد.	
۵-۵-۷- از در معرض دید قرار گرفتن غیرضروری بیمار جلوگیری می شود و ملاحظات اخلاقی در معاینات فیزیکی با استفاده از پرسنل همگن و حق خلوت و اصل رازداری، رعایت می شود.	پرسنل کادر درمان
تبصره ۱۱: استفاده از دوربین های مدار بسته در حریم خصوصی بیماران ممنوع می باشد.	
۶-۵-۷- در کلینیک تخت های معاینه به گونه ای قرار می گیرند که در صورت باز شدن درب اتاق، پوشش و نحوه قرار گیری بیمار موجب نقض حفظ حریم خصوصی بیمار نشود.	سرپرستار کلینیک
۶-۷- تفکیک اتاق های بستری خانم و آقا	
۱-۶-۷- بیمارستانهای گروه درمانی نیکان دارای اتاقهای یک تخته، ۲ تخته و VIP می باشد بنابراین انتخاب بیمار اولویت بیمارستان بوده و حفظ حریم خصوصی بیمار در همه شرایط الزامی است و در اتاق های دو تخته در حد تمام و کمال با استفاده از پرده های بین تختی و پاراوان رعایت می شود.	پرسنل ارائه دهنده خدمت
۲-۶-۷- اتاق بیماران خانم و آقا در بخشهای بستری جدا می باشد و حریم مناسب در قرار گیری تختها رعایت می شود و از پاراوان و یا پرده های سقفی اطراف تخت ها در بخش ها و پوشش پنجره ها جهت حفظ حریم خصوصی استفاده می شود.	سرپرستاران
۷-۷- حفاظت از اموال گیرنده خدمت	
۱-۷-۷- کلیه اموال و اشیاء بیمار (گرانقیمت و عادی) توسط نماینده انتظامات بیمارستان در حضور پرستار مسئول بیمار و یک نفر شاهد (از همراهان نزدیک بیمار)، طی ۲ نسخه صورت جلسه و امضاء می شود.	نماینده انتظامات
۲-۷-۷- درمورد حفاظت از اموال و اشیای بیمارانی که به دنبال تصادف به اورژانس بیمارستان مراجعه می نمایند کلیه اموال و اشیاء با حضور پرستار تریاژ یا اورژانس و مامور انتظامات صورت جلسه می شود.	نماینده انتظامات
تبصره ۱۲: درخصوص حفاظت از اموال گیرنده خدمت به سند "خط مشی و روش اجرایی حفاظت از اموال گیرنده خدمت" مراجعه شود.	



۷-۸- حفظ محرمانگی با مدیریت فضای مجازی	
دبیر کمیته انضباطی	۷-۸-۱ ارتباط شاغلان حرف پزشکی و وابسته با رسانه ها به هر شکل، از جمله مصاحبه‌ی خبری، حضور در برنامه‌های تلویزیونی و ارائه‌ی هر نوع اطلاعات به رسانه‌ها با اطلاع و هماهنگی مدیریت بیمارستان صورت می‌پذیرد. <u>تبصره ۱۳:</u> در صورت رعایت نکردن اصل رازداری و حفظ حریم خصوصی بیمار با هر دلیلی، در کمیته انضباطی مطرح و تصمیم گیری می‌گردد.
مسئول روابط عمومی	۷-۸-۲ گرفتن فیلم و عکس از بیمار و انتشار در رسانه‌های جمعی و فضاهای مجازی پس از اخذ رضایت و تأیید رئیس بیمارستان یا سازمان مرتبط قابل پخش در سطح عمومی می‌باشد. <u>تبصره ۱۴:</u> انجام هرگونه عکسبرداری و فیلمبرداری از بیماران با هدف تهیه‌ی محتوای آموزشی، استفاده در فرایندهای پژوهشی و تبلیغات، فقط با کسب اجازه از بیمار یا ولی قانونی آن و رعایت الزامات حفظ محرمانگی اطلاعات (دستبند شناسائی بیمار، نام و نام خانوادگی و حفظ پوشش کامل بیمار) بلامانع است. <u>تبصره ۱۵:</u> رضایت اخذ شده بایستی بصورت مکتوب توسط مسئول آموزش و پژوهش از بیمار یا ولی قانونی اخذ و یک نسخه در پرونده بیمار درج گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱-۱ پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط دبیر کمیته اخلاق در هر مرکز با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان مربوطه، طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول گیرنده خدمت و دبیر کمیته اخلاق پزشکی هر ۳ ماه یکبار در کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان مربوطه و هر ۶ ماه در کمیته سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد. ۸-۲-۱ نظارت: نظارت بر اجرای روش اجرائی و خط مشی به شرح ذیل خواهد بود: ۸-۲-۱-۱ نظارت بر عملکرد پرستاران و ارائه دهندگان خدمت در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی سرپرستاران و مسئولین واحدهای مرکز می‌باشد. ۸-۲-۱-۲ نظارت بر عملکرد سرپرستاران و مسئولین واحدها در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی سوپروایزران، دبیر کمیته اخلاق و مسئول گیرنده خدمت خواهد بود. ۸-۲-۱-۳ نظارت بر عملکرد سوپروایزران، دبیر کمیته اخلاق و مسئول گیرنده خدمت در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی مدیر درمان-مدیر اجرائی و مدیر پرستاری هر مرکز می‌باشد.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱-۱ تایید: پس از تایید اولیه مدیر عامل گروه درمانی نیکان، کمیته اخلاق پزشکی هر مرکز مرجع تایید این سند خواهد بود. ۹-۲-۱ تصویب و ابلاغ: روسای بیمارستان‌ها، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود. ۹-۳-۱ نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این روش اجرائی توسط دفتر سنجش و بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت. ۹-۴-۱ بازنگری: این سند توسط دبیر کمیته اخلاق و مسئول گیرنده خدمت با هماهنگی دفتر سنجش و بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. روسای بیمارستان‌ها، مدیران درمان و دفاتر سنجش و بهبود کیفیت در هر مرکز میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱۰-۱-۱ استانداردهای اعتباربخشی ملی ویرایش پنجم سال ۱۴۰۱ ۱۰-۲-۱ منشور حقوق بیمار ۱۰-۳-۱ رسالت بیمارستان ۱۰-۴-۱ ضوابط گروه درمانی نیکان ۱۰-۵-۱ لایحه تاریخ ۱۳۸۴/۵/۱۶ با عنوان حفظ حریم شخصی ۱۰-۶-۱ خط مشی و روش ابلاغی مهر درمان نیکان	



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