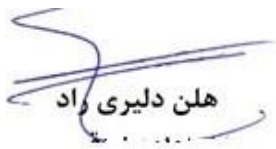


۱- هدف: هدف از تدوین این روش اجرایی، اطمینان از نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان به منظور بازیابی در زمان بروز اشکال در سرورها و جلوگیری از، از بین رفتن اطلاعات حیاتی بیمارستان و در راستای سیاست ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان نیکان غرب می‌باشد.	
۲- دامنه کاربرد: اجرای این سند در واحد فناوری اطلاعات بیمارستان نیکان غرب الزامی است.	
۳- تعاریف: ۳-۱- پشتیبان (Back Up): به تهیه و ذخیره سازی فایل‌ها و پایگاه داده گفته می‌شود. این نسخه‌های کپی شده معمولاً برای بازگرداندن اطلاعات هنگام آسیب دیدن و یا مفقود شدن اطلاعات اصلی به کار می‌روند. ۳-۲- پایگاه داده‌ها (Data Base): به مجموعه‌ای از اطلاعات با ساختار منظم گفته می‌شود. این پایگاه‌های اطلاعاتی معمولاً در قالبی که برای دستگاه‌ها و رایانه‌ها قابل خواندن و قابل دسترسی باشند ذخیره می‌شوند. ۳-۳- Media: تجهیزات یا ابزارهای ذخیره سازی اطلاعات مانند CD و DVD و Blue ray	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند، حصول اطمینان از نگهداری و پشتیبانی داده‌ها بصورت ایمن مطابق با اسناد ابلاغی سازمان‌های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم می‌باشد.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول فناوری اطلاعات	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۶-۱	مسئول فناوری اطلاعات مسئولیت تدوین، نظارت بر اجرای صحیح سند و بازنگری در بازه زمانی مشخص شده را بر عهده دارد.
۶-۲	کارشناس انفورماتیک مسئولیت اجرای صحیح روش اجرایی را برعهده دارد.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
مسئول فناوری اطلاعات	۷-۱- این روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده‌ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان توسط مسئول فناوری اطلاعات تدوین می‌گردد.
مسئول فناوری اطلاعات	۷-۲- روش اجرایی مربوطه توسط مسئول فناوری اطلاعات به پرسنل فناوری اطلاعات آموزش داده می‌شود و پرسنل مربوطه ملزم به اجرای صحیح آن هستند.
مسئول فناوری اطلاعات	۷-۳- با استفاده از قابلیت‌های Data Base برنامه‌ریزی Backup گیری بر روی هر سرور در هر شبانه‌روز یکبار به صورت خودکار براساس قابلیت‌های بانک اطلاعاتی توسط مسئول فناوری اطلاعات تعریف شده است.
مسئول فناوری اطلاعات	۷-۴- تشخیص تعداد Backup و فاصله زمانی آنها بر اساس میزان اهمیت نرم‌افزار و حجم اطلاعات تولید شده در هر ساعت شبانه‌روز مشخص می‌گردد.
کارشناس فناوری اطلاعات / مسئول فناوری اطلاعات	۷-۵- هر شب ساعت ۱۲ شب از دیتابیس سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) بر روی سرور بکاپ گرفته می‌شود و در ساعت ۳ صبح بکاپ‌ها فشرده می‌شود و بر روی سرور دیگری کپی می‌شوند و یک نسخه از آن هم بر روی سرور خارج بیمارستان کپی می‌شود. این اطلاعات تا ۳۰ روز بر روی سرورها نگهداری می‌شوند. بصورت هفتگی بکاپ‌ها بر روی Media در دو نسخه رایت می‌شوند. بکاپ INCRIMENTAL بصورت ساعتی هر ساعت انجام می‌شود. و در ساعت ۳ صبح بکاپ‌ها فشرده شده و بر روی سرور دیگری کپی می‌شوند. بکاپ از سرورها و ماشین‌های بخاری هر شب ساعت ۱۲ انجام شده و تا ۷ روز نگهداری می‌شود.

مسئول فناوری اطلاعات	۶-۷- یک نسخه اطلاعات ذخیره شده بر روی Media در داخل بیمارستان و در گاوصندوق ضد حریق توسط مسئول فناوری اطلاعات ذخیره می‌شود. این نسخه‌ها پس از دریافت رسید تحویل افراد می‌گردد.
مسئول فناوری اطلاعات	۷-۷- نسخه دوم توسط مسئول فناوری اطلاعات به فرد امین تحویل داده می‌شود و توسط ایشان در محیط خارج از بیمارستان نگهداری می‌شود.
مسئول فناوری اطلاعات	۸-۷- مسئول فناوری اطلاعات از طریق کنترل چک لیست‌های تکمیل شده بر اجرای صحیح روش اجرایی نظارت می‌نماید.
۸- پایش و نظارت: ۸-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند با همکاری مسئول فناوری اطلاعات بیمارستان، بصورت فرم الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر ۳ ماه یکبار توسط واحد فناوری اطلاعات به کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت و هر ۶ ماه یکبار توسط دفتر بهبود کیفیت بیمارستان در کمیته‌ی سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد. ۸-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح زیر خواهد بود: ۸-۲-۱- نظارت بر عملکرد پرسنل واحد فناوری اطلاعات در اجرای سند بر عهده‌ی مسئول واحد فناوری اطلاعات خواهد بود. ۸-۲-۲- نظارت بر عملکرد مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و مسئول فناوری اطلاعات در اجرای درست سند بر عهده مدیر اجرایی خواهد بود. تبصره ۱: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول فناوری اطلاعات خطاب به مدیر اجرایی، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می‌شود.	
۹- مرجع تأیید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری: ۹-۱- تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر اجرایی، کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مرجع تأیید این سند خواهد بود. ۹-۲- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود. ۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت. ۹-۴- بازنگری: این سند توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر اجرایی، مسئول فناوری اطلاعات و دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع: ۱۰-۱- American Medical Record Association AMRA ۱۰-۲- Fa.wikipedia.org/wiki- ۱۰-۳- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱	

مدیر پرستاری  هلن دلیری راد		هاله مطلبی - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت 		 آرش نظری مسئول فن آوری اطلاعات نیکان غرب		تهیه کنندگان		
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان		تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۸  دکتر شهاب عبدالمهی فر مدیر اجرایی		تایید کننده جانشین رئیس کمیته	 دکتر شهاب عبدالمهی فر مدیر اجرایی	تایید اولیه	
نسخه کپی  تاریخ بازنگری بعدی بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۴/۰۶/۳۱			 کنترل شد بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۳/۰۴/۱۹			دفتر سنجش وپایش کیفیت 		توزیع نسخ