



۱-هدف: این سند با هدف رعایت الزامات حقوق گیرنده خدمت، حفظ شان و منزلت انسانی ذی نفعان بیمارستان و با هدف جلب اعتماد بیماران و همراهان و کلیه مراجعه کنندگان به بیمارستان نیکان غرب تدوین گردیده است.

۲-دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش ها و واحد های بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

۳-تعاریف:

۳-۱-حریم: یک اصطلاح فقهی و حقوقی است که متضمن مفهوم ممنوعیت و محدودیت است و یعنی هر چیزی که شکستن آن جایز نمی باشد و لذا هر گونه اقدام با آنچه مقصود از حریم است بدون اجازه صریح از طرف مالک صحیح نیست.

حریم ۴ نوع می باشد: حریم فیزیکی، حریم جسمانی، حریم اطلاعاتی و حریم ملکی

۳-۲-حریم خصوصی اطلاعاتی: مربوط به ممنوعیت افشاگری نامناسب و بدون کنترل داده های شخصی و مسائل قانونی ناشی از آن است حسی است که هر فرد بالغ نسبت به هویت، شان، استقلال و فضای شخصی خود دارد.

۳-۳-حریم خصوصی: طبق ماده ۲ لایحه حریم خصوصی، به قلمروی از زندگی هر شخص گفته شده که آن شخص، عرفا 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، محل های کار، اطلاعات شخصی و ارتباطات خصوصی با دیگران، حریم خصوصی به حساب می آیند.

۳-۴-ابعاد و مفهوم حریم خصوصی در بیمارستان: در بیمارستان سه بعد حریم فیزیکی (حفظ فاصله با اشخاص و بیماران، بهره مندی از پرده بین تخت ها 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) می باشد.

۳-۵-بیمار/پرسنل همگن: جنسیت ارائه دهنده خدمت با گیرنده خدمت یکسان باشد.

۴-سیاست اجرائی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند با استناد به اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی بر مبنای رعایت مفاد منشور حقوق بیمار، ارائه خدمات به صورت ایمن و اثربخش مبتنی بر رویکرد مهرورزی؛ احترام به حریم خصوصی و اعتقادات گیرندگان خدمت و افزایش رضایتمندی کلیه ذی نفعان و مراجعین می باشد.

۵-مسئول پاسخگو: مدیران ارشد و میانی-سرپرستاران-مسئولین واحدها و ارائه دهندگان خدمت

۶-مسئولیت ها و اختیارات:

۶-۱-دبیر کمیته اخلاق بالینی مسئولیت تدوین، بازنگری سند را در بازه های زمانی مشخص و طرح موارد عدم انطباق در کمیته اخلاق بالینی بر عهده دارد.

۶-۲-مسئول گیرنده خدمت، کارشناس تجارب بیماران و کارشناس رسیدگی به امور بیماران مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند را بر عهده داشته و موارد عدم انطباق را باید به دبیر کمیته اخلاق بالینی 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:

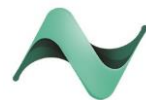
مستول اجرا	موارد:
۱-۷- حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران	
سوپروایزر آموزشی	۱-۷-۱- کلیه کارکنان در بدو ورود به منظور آشنایی با منشور حقوق بیمار، حفظ حریم شخصی بیماران و مراجعین در دوره های توانمندسازی شرکت می نمایند. تبصره ۱: دوره های آموزشی شامل مفاد منشور، تعهد حرفه ای، سو رفتار حرفه ای و مهارت های ارتباطی اثربخش در قالب برگزاری کارگاه، طراحی و اجرای سناریوها و... می باشد.
سوپروایزر بالینی/ سوپروایزر آموزشی	۲-۷-۱- پایش و ارزیابی بخش های بالینی از نظر آگاهی از ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار انجام می گردد.
پرستار مسئول بیمار/ منشی	۳-۷-۱- 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 نشود. تبصره ۲: با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی وی از تشخیص های 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.
سرپرستار مسئول شیفت	۴-۷-۱- در ابتدای هر شیفت پرستار مسئول بیمار در دفتر تقسیم کار بخش های بالینی مشخص می شود. تبصره ۳: پرستار مسئول بیمار، سرپرستار، مسئول شیفت و پزشک معالج و متخصصان مشاور در صورت درخواست مشاور از سوی پزشک معالج مجاز به دسترسی به اطلاعات بیمار می باشند.
۲-۷- سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران	
سر پرستار	۱-۷-۲- 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	۲-۷-۲- رئیس بیمارستان، مدیر درمان، مسئول فنی، مدیر پرستاری، مسئول مدارک پزشکی و کارکنان مدارک پزشکی با تائید مسئول واحد مربوطه افراد مجاز به دسترسی پرونده بیماران ترخیص شده می باشند.
سرپرستار	۳-۷-۲- بیمار با هماهنگی پزشک معالج می تواند پرونده پزشکی خود را مطالعه نماید.



بیمار یا ولی قانونی	۴-۲-۷- در هنگام مراجعه بیمار به پذیرش یا بخش 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. تبصره ۴: جدول تعیین همراهان مجاز پشت برگه شماره ۱ (خلاصه پذیرش و ترخیص) پرونده بالینی بیمار درج شده است. تبصره ۵: 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، صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت می‌شود. تبصره ۶: آموزش شیوه تکمیل جدول تعیین همراهان یا افراد مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه به بیماران بر عهده‌ی کارمند پذیرش و منشی بخش می باشد.
کارمند پذیرش 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. تبصره ۷: کارفرمایان بیماران ناشی از حوادث حین کار هیچ حقی نسبت به دسترسی پرونده بیمار ندارند.
مسئول مدارک پزشکی	۷-۲-۷- در صورت بستری مجدد بیمار در سایر مراکز درمانی، مرکز درمانی 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 می تواند 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	
کارمند پذیرش	۱-۳-۷- شماره تخت بیمار و بخش مورد نظر پس از انجام اقدامات اداری پذیرش با مدیر تخت یا سرپرستار بخش هماهنگ میشود.
پرستار مسئول بیمار	۲-۳-۷- پس از مستقر شدن بیمار در اتاق و بخش مورد نظر، پرستار مسئول بیمار منطبق با دفتر تقسیم کار خود را به بیمار کامل معرفی مینماید.



ارائه دهندگان خدمت	۳-۳-۷- 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. تبصره ۸: 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 می شود. 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.
دبیر کمیته اخلاق بالینی	۴-۳-۷- در خصوص حضور همسر مادران در حین زایمان در کمیته اخلاق بالینی طرح موضوع می شود و در این مورد تصمیم گیری می شود.
سرپرستار / مسئول شیفت	۵-۳-۷- از ورود آقایان به بخش زنان در ساعت‌های غیرملاقات ممانعت به عمل می‌آید. تبصره ۹: 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	
دبیر کمیته اخلاق بالینی	۱-۴-۷- انطباق لباس های مناسب با جنسیت و وضعیت بیماران در کمیته اخلاق بالینی طرح موضوع و پس از تصویب لباس های مناسب خریداری میشوند.
سرپرستار/ مسئول شیفت	۲-۴-۷- جهت حفظ پوشش مناسب به بیماران در بدو ورود توسط پرستار بخش توضیحات لازم داده می‌شود.
۵-۷- انجام خدمات درمانی توسط کارکنان درمانی همگن	
سرپرستار/ مسئول شیفت	۱-۵-۷- افراد با جنسیت همگن (پزشک و پرستار) مراقبت بیمار را در بخش های ویژه و بستری، در تمام شیفت ها برعهده دارند. تبصره ۱۰: چنانچه با محدودیت پرسنل همگن در بخش های بستری و ویژه مواجه باشیم ارائه خدمت توسط یک پرسنل همگن صورت خواهد گرفت مگر در شرایطی که تاخیر در مراقبت موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار میشود و در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات، جایگزینی پرسنل همگن صورت می پذیرد.
سوپروایزران/سرپرستاران/ مسئولین شیفت ها	۲-۵-۷- استفاده از پرسنل همگن در تمامی شیفت‌ها پایش می‌گردد.
سرپرستاران/ مسئولین شیفت ها	۳-۵-۷- استفاده از بیمار بر 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 می‌گردد.



سرپرستاران / مسئولین شیفت ها	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 میشود. تبصره ۱۱: بکارگیری پزشکان همگن در معاینات و ارائه خدمات تشخیصی درمانی زنان و زایمان توسط مدیر درمان صورت می پذیرد. تبصره ۱۲: 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 مرکز درمانی حضور یابد.
پرسنل کادر درمان	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 با حفظ اصل رازداری رعایت می شود. تبصره ۱۳: استفاده از دوربین های مدار بسته در حریم خصوصی بیماران ممنوع می باشد.
سرپرستار کلینیک	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.
۶-۷- تفکیک اتاق های بستری خانم و آقا	
پرسنل ارائه دهنده خدمت	۱-۶-۷- بیمارستان نیکان غرب دارای اتاق های 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.
سرپرستاران	۲-۶-۷- اتاق بیماران خانم و آقا در بخش های بستری جدا می باشد و حریم مناسب در قرار گیری تخت ها 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.
۷-۷- حفاظت از اموال گیرنده خدمت	
نماینده انتظامات	۱-۷-۷- کلیه اموال و اشیا بیمار (گران قیمت 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 امضا می شود.
نماینده انتظامات	۲-۷-۷- در مورد حفاظت از اموال و اشیا ی بیماران که به دنبال تصادف به اورژانس بیمارستان مراجعه می نمایند کلیه اموال و اشیا با حضور پرستار تریاژ یا اورژانس و مامور انتظامات صورت جلسه می شود. تبصره ۱۴: در خصوص حفاظت از اموال گیرنده خدمت به سند "خط مشی و روش اجرایی حفاظت از اموال گیرنده خدمت" به شماره مدرک : WNH-PNP-MND-00002-04 مراجعه شود.
۸-۷- حفظ محرمانگی با مدیریت فضای مجازی	
دبیر کمیته اخلاق بالینی/دبیر کمیته انضباطی	۱-۸-۷- ارتباط شاغلان حرف پزشکی و وابسته با رسانه ها به هر شکل، از جمله مصاحبه ی خبری، حضور در برنامه های تلویزیونی و ارائه ی هر نوع اطلاعات به رسانه ها با اطلاع و هماهنگی مدیر بیمارستان صورت می پذیرد. تبصره ۱۵: در صورت رعایت نکردن اصل رازداری و حریم خصوصی از سوی کمیته اخلاق بالینی به افراد تذکر مکتوب داده خواهد شد و در صورت تکرار در کمیته انضباطی مطرح و تصمیم گیری می شود.



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. تبصره ۱۶: انجام هرگونه عکس برداری و فیلم برداری از بیماران با هدف تهیه 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. تبصره ۱۷: رضایت اخذ شده باید به صورت مکتوب توسط مسئول آموزش و پژوهش از بیمار یا ولی قانونی اخذ و یک نسخه در پرونده بیمار درج گردد. تبصره ۱۸: انجام هر نوع فیلمبرداری از بیمار (مثل فیلمبرداری حین زایمان) تنها با رضایت بیمار یا ولی قانونی وی انجام می‌گردد و نظارت بر حسن اجرای آن مستقیماً با مسئول روابط عمومی و کمیته اخلاق بالینی می‌باشد.
مسئول انفورماتیک	۷-۸-۳- ارائه اطلاعات بیمار درحین عمل در مانیتورهای اطلاع رسانی صرفاً بر اساس شماره موبایل اختصاری (سه رقم اول و چهار رقم آخر) نیز نام پدر صورت گیرد.

۸- پایش و نظارت:

۸-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط دبیر کمیته اخلاق بالینی با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول گیرنده خدمت و دبیر کمیته اخلاق بالینی هر ۳ ماه در کمیته اخلاق بالینی مطرح خواهد شد.

۸-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح سند به شرح ذیل خواهد بود:

۸-۲-۱- نظارت بر عملکرد پرستاران و ارائه دهندگان خدمت در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی سرپرستاران و مسئولین واحدها می‌باشد.

۸-۲-۲- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و مسئولین واحدها در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی سوپروایزران، دبیر کمیته اخلاق بالینی و مسئول گیرنده خدمت خواهد بود.

۸-۲-۳- نظارت بر عملکرد سوپروایزران، دبیر کمیته اخلاق بالینی و مسئول گیرنده خدمت در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده‌ی مدیر درمان، مدیر اجرایی و مدیر پرستاری بیمارستان می‌باشد.

تبصره ۱۹: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط دبیر کمیته اخلاق بالینی خطاب به مدیر درمان، به صورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می‌شود.

۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر اجرایی، کمیته فناوری و مدیریت اطلاع سلامت مرجع تایید این سند خواهد بود.

۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.



۳-۹-نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

۴-۹-بازنگری: این سند توسط دبیر کمیته اخلاق بالینی و مسئول گیرنده خدمت با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان و دفتر سنجش و پایش کیفیت بیمارستان میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

۱۰-منابع و مراجع:

۱-۱۰-استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

۲-۱۰-منشور حقوق بیمار

۳-۱۰-رسالت مرکز درمانی

۴-۱۰-ضوابط گروه درمانی نیکان

۵-۱۰-لایحه تاریخ ۱۳۸۴/۵/۱۶ با عنوان حفظ حریم شخصی

تهیه کنندگان	فاطمه کریم نژاد-کارشناس رسیدگی به امور بیماران	هاله مطلبی- مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	ارش نظری- مسئول IT	تکتم سبحانی- مسئول بهبود کیفیت	هلن دلیری راد-مدیر پرستاری
تایید اولیه	محمد شریفی صابر- مدیر اجرایی	تایید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۵ محمد شریفی صابر- مدیر اجرایی	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه کپی	تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۰۶/۳۱ کنترل شد ۱۴۰۴/۰۳/۲۱		