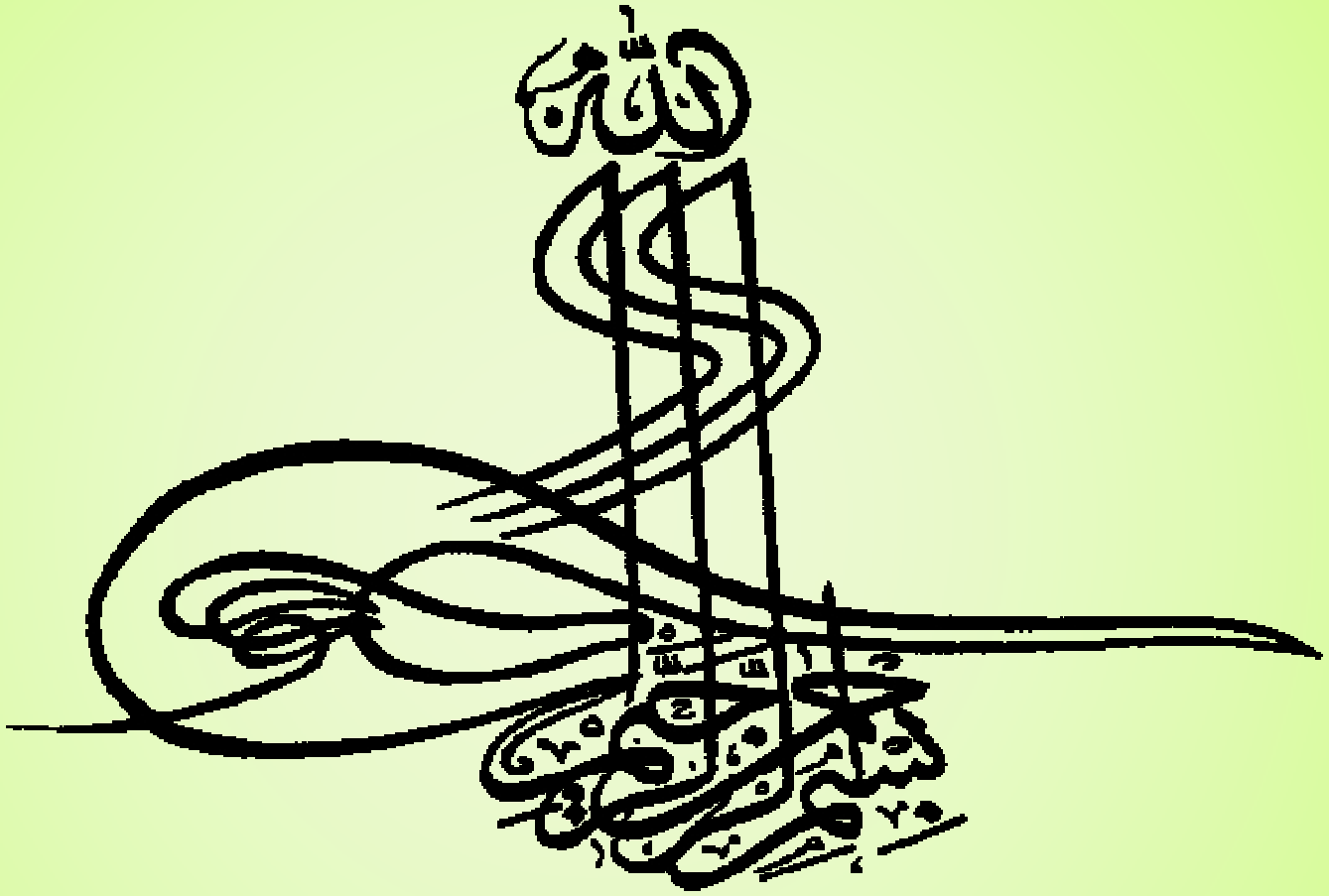

آشنایی با استاندارد های ملی سومین دوره اعتبار بخشی بیمارستانها

(محور مدیریت اطلاعات سلامت)

توضیحات کلی :

1) استاندارد های اعتبار بخشی نسل نوین در ۸ محور، ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجه تدوین و ابلاغ گردیده.

2) استاندارد های نوین دارای ۱۴ خط مشی و ۵۰ دستورالعمل و روش اجرایی است.

3) محور مدیریت اطلاعات دارای ۲۰ استاندارد (۸/۱ درصد) و ۵۸ سنجه (درصد۶/۴)می باشد.

4) زیر محور مدیریت اطلاعات دارای ۱۴ استاندارد و ۳۶ سنجه و فناوری اطلاعات دارای ۶ استاندارد و ۲۲ سنجه می باشد.

5) سنجه ها در سه سطح الزامی، اساسی و ایده آل سطح بندی شده است.

۴) گامهای اجرایی به نحوی تحریر شده است که دقیقاً معادل ملاکهای ارزیابی باشند . بدین ترتیب، هر گام، در هر سنجه یک ملاک ارزیابی است و امتیازدهی آن مستقل خواهد بود

۵) جملاتی که در ردیف توضیحات هر سنجه با علامت ستاره (*) آغاز میشوند، بخشی از گامهای اجرایی / ملاک ارزیابی محسوب شده و در فرآیند خودارزیابی و ارزیابی نهایی ملاک امتیازدهی خواهند بود.

۶) جملاتی که در ردیف توضیحات هر سنجه با واژه "توصیه" آغاز میشوند، صرفاً به منظور ارائه پیشنهاد بیان شده و در ارزیابی نهایی نیز ملاک ارزیابی و امتیازدهی نخواهند بود.

۷) سایر توضیحات و تعاریف در ردیف توضیحات هر سنجه، جنبه آموزشی داشته و ملاک ارزیابی و امتیازدهی نخواهند بود.

8) هدایت کنندگان در هر سنجه فرد/ افراد/ کمیته های مرتبط با گامهای اجرایی استاندارد میباشند. اما جنبه توصیه دارد و هر یک از بیمارستانها براساس نحوه توزیع مسئولیت یا مطابق شیوه اجرایی بومی خود، ضمن تکیه بر کار گروهی، مجاز به بازنگری فهرست هدایت کنندگان خواهند بود.

۹) خط مشی و روش، دستورالعمل، روشهای اجرایی، کتابچه و مجموعه های آموزشی و سایر مستندات زیرساختی، بایستی در شکل فایل الکترونیکی تهیه و در دسترس کارکنان قرار گیرد.

۱۰) موضوع وزن دهی سنجه ها اولین بار در نسل سوم اعتباربخشی پیش بینی شده است.(حتی در یک استاندارد حجم عملکرد و تاثیر کیفی سنجه ها با هم برابر نیستند)

سنجه ها در سه نوع ترکیب بندی و طراحی شده اند:

- سنجه های تک بعدی که صرفاً یکی از موارد زیرساختی، فرآیندی یا پیامدی را سنجش مینمایند.
- سنجه های دوبعدی که علاوه بر زیر ساخت، فرآیند یا پیامد را هم سنجش مینمایند.
- سنجه های سه بعدی که زیرساخت، فرآیند و پیامد یک استاندارد را سنجش مینمایند.

بنابراین هریک از محورها، زیر محورها، استانداردها، سنجه/گامهای اجرایی وزن و ارزش اختصاصی خود را متناسب با حجم عملکرد و میزان تاثیر بر پیامدهای کیفی و ایمنی بیماران دارند. بدین ترتیب تعداد سنجه در یک محور یا زیر محور الزاماً، مبین میزان تاثیر آن محور بر امتیاز نهایی بیمارستان نخواهد بود.

فرایند خود ارزیابی و ارزیابی نهایی بیمارستانها بترتیب از بیمارستانهای کوچک از نیمه دوم دیماه شروع و در نیمه اول اسفند سال ۹۵ به پایان خواهد رسید

تعاریف خط مشی ، دستورالعمل و روش اجرایی

خط مشی و روش (Policy & Procedure)

مجموعه ای از سیاست ها/اصول منتخب سازمان در یک موضوع مشخص همراه با روش انجام کار اتخاد شده برای اجرای آن سیاست ها می باشد. خط مشی و روش مستندی است که حداقل شامل عنوان ،بیانیه سیاست/خط مشی ،دامنه ،تعاریف، منابع/مراجع ، فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش ، شیوه انجام کار بصورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا می باشد.

دستورالعمل (Instruction)

- مستندی است برای نشان دادن گام های دقیق انجام یک کار به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام ،دستورالعمل با جزئیات بیشتری نسبت به روش اجرای ، شیوه و ترتیب انجام یک کار فنی را نشان می دهد و می تواند بصورت نوشتاری و یا تصویری باشد.

- برای دستورالعمل باید از یک جمله امری استفاده کنید.

روش اجرایی(procedur)

مراحل گام به گام انجام فعالیت ها یا شیوه اجرای کار برای به پایان رساندن یک وظیفه است که در سازمان ، مشخص و متداول بوده و با نظم تعیین شده و بطور صحیح توسط افراد مرتبط اجرا می شود .

روش اجرایی مدون(Documented Procedure)

زمانی که روش اجرایی متداول در سازمان ،به دلیل اهمیت موضوع و یا به قصد افزایش هماهنگی و یا پاسخ به الزام مطرح شده در استاندارد مکتوب گردیده و در اختیار همه افراد مرتبط ، قرار گیرد تا مطابق آن عمل نمایند." روش اجرایی مدون" نامیده میشود . یک روش اجرایی مدون ،مستندی است که حداقل شامل: عنوان ،هدف،دامنه،تعارف،منابع/مراجع،مسئولیت ها و اختیارات ،شیوه انجام کار (چه فعالیتی ،چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود) و مستندات مرتبط می باشد .

وقتی بحث روش اجرایی مطرح می شود باید در آن گام های اجرایی یک روش را مشخص کنید که هر لایه ای را چه کسی مسئولش می باشد . روش اجرایی همان گام های اجرایی فرایند می باشد.

روش اجرایی قالب انشایی و متنی گام های فرایند است . که در هر گام مشخص می کنید . این فعالیت توسط چه کسی و در چه زمانی انجام می شود . یک روش به تفصیل نشان می دهد که چه کسی روش کار را انجام می دهد . چه گام هایی در چه زمانهایی برای انجام ان برداشته می شود و چگونه روش کار انجام می شود .

جملات در روش اجرایی باید خبری باشد .

بنابراین به طور خلاصه می توان گفت یک روش اجرایی برای تشریح گردش کار یک فرآیند و دستورالعمل کاری برای تشریح جزییات نحوه انجام یک کار خاص مورد استفاده قرار می گیرد

مستندات مورد نیاز برای اعتبار بخشی محور مدیریت اطلاعات

۱ - مستندات مربوط به روش اجرایی(۵ روش اجرایی)

۲- مستندات و فلوچارت مربوط به فرایند های الزامی واحد مدارک پزشکی(سنجه ۴ و ۶ استاندارد ز-۱-۶)

۲- مستندات مربوط به فرایند های اصلی بیمارستان (تعداد اختیاری- سنجه بهبود کیفیت)

۳- مستندات مربوط به تعیین شاخص های فرایند های اصلی ، پایش و ارزیابی آنها

استاندارد ز-۱-۱

سنجه ۱ (روش اجرایی "شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی، برون سازمانی به اطلاعات بیماران" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شدهاست و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند)

استاندارد ز-۱-۵

سنجه ۳(روش اجرایی"سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شدهاست و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند)

استاندارد ز-۱-۶

سنجه ۵(روش اجرایی "محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات" تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.)

سنجه ۷(روش اجرایی "ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت" با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شدهاست و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند)

استاندارد ز-۱-۱۳

سنجه ۴ (روش اجرایی" استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن ها در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شدهاست و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند)

فرمت مستندات اعتبار بخشی (استاندارد الف–۳–۵ بهبود کیفیت)

سنجه. دفتر بهبود کیفیت مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شده‌اند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس الکترونیکی کارکنان قرار می‌دهد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ایجاد فرمت الکترونیک یکسان خط مشی‌ها و روشها، روشهای اجرایی، دستورالعمل‌های بیمارستان*	بررسی مستند
۲	الکترونیکی** بودن تمامی فرمت‌های خط مشی‌ها و روش‌ها، روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌ها	مشاهده
توضیحات	*برای تهیه فرمت مستندات اعتباربخشی هیچ قالب الزامی وجود ندارد اما در خصوص محتوای آن بایستی حداقل الزامات عمومی شامل نام تهیه کننده، تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری شوند. ** تمامی خط مشی و روش، روشهای اجرایی و دستورالعمل‌ها بایستی در قابل فایل الکترونیک باشند و نیازی به امضا ندارند اما بایستی با نامه رسمی و امضای تصویب کننده از طریق اتوماسیون ابلاغ شود.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول بهبود کیفیت	

ز	۱	۱	بیمارستان از شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار، اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- حفظ محرمانگی اطلاعات، اسناد و مدارک موجود در پرونده پزشکی
- محدود نمودن سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران

سنجه . روش اجرایی "شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی، برون سازمانی به اطلاعات بیماران" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*تا زمان ابلاغ دستورالعمل واگذاری اطلاعات بیمار و پرونده پزشکی معیار های دسترسی درون سازمانی برون سازمانی براساس سیاست بیمارستان و قوانین موجود صورت می‌گیرد.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

بر اساس دستورالعمل ابلاغی معاونت درمان دانشگاه به شماره ۷۹۳۸/۱۳۰/د/۹۴ به مورخ ۹۴/۱۱/۳۰بارگذاری شده در سایت معاونت درمان تدوین شود .

ز	۱	۲	بیمارستان از خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- آزاد سازی فضای بایگانی اشغال شده با حذف پرونده هایی که عمر قانونی آن ها به اتمام رسیده است
- کاهش هزینه های دسترسی، نگه داری و بازیابی پرونده‌ها

سنجه . خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره‌ی زمانی تعیین شده طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	خلاصه برداری (الکترونیک/ کپی) از پرونده‌های پزشکی بیماران در زمان مشخص براساس دستورالعمل*	بررسی مستند
۲	امحاء پرونده‌ها در بازه زمانی مشخص براساس دستورالعمل	بررسی مستند
توضیحات	*پرونده‌ها بر طبق دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ است و خلاصه پرونده‌های امحایی نگهداری می شود. کارکنان مربوطه از نحوه خلاصه برداری پرونده اطلاع دارند. توصیه ۱. دسته بندی و نگهداری پرونده‌های پزشکی براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود و روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد سیستم خلاصه برداری وجود دارد. توصیه۲. برای پرونده‌های امحا شده صورتجلسه تنظیم شده است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات، مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

شماره نامه ۱۹/۱۰۱/د مورخ ۹۲/۰۱/۱۷ مشاور و مدیر کل محترم دفتر وزارتی

ز	۱	۳	بیمارستان از مدیریت طراحی و بروز رسانی فرم های بیمارستانی مورد نیاز اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- یکپارچگی آموزش پزشکی به دانشجویان علوم پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- حذف فرم های بلا استفاده، ادغام فرم ها به منظور به حداقل رساندن تلاش های اضافی و به حداقل رساندن هزینه چاپ
- برآورد کارآیی فرم با مشارکت کارکنان مرتبط

سنجه . هرگونه ایجاد فرم جدید با رعایت حداقل های مورد انتظار و براساس"فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی" ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل

	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ایجاد فرم جدید براساس فرآیند طراحی و جاگذاری فرمهای جدید در پرونده‌های پزشکی*	بررسی مستند
۲	آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیند اضافه نمودن فرمها و نحوه درخواست اضافه کردن فرم در پرونده	مصاحبه
۳	تطابق عملکرد کارکنان مرتبط با فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی	مشاهده

توضیحات	*فرآیند طراحی و جاگذاری فرم‌های جدید فوق توسط رئیس یا مدیر بیمارستان به کارکنان مرتبط ابلاغ شده است. توصیه . ۱۸ فرم اصلی پرونده پزشکی بدون تغییر در پرونده وجود دارد، سایر فرم ها بجز ۱۸ فرم، براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان در پرونده قرار می‌گیرند.
هدایت کننده	تیم اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات و مسئول واحد مدیریت اطلاعات

- فرمهای مصوب وزارتی بدون تایید وزارت متبوع قابل تغییر نبوده و پیشنهاد ویرایش این فرمها به معاونت درمان دانشگاه مربوطه ارسال میگردد.
- کلیه فرمهای طراحی شده در مرکز باید مصوبه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت را داشته باشد .

ز	۱	۴	تطبیق پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده کنترل می‌شود.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از صحت آمارهای دریافتی ازبخش های مختلف بیمارستان
- پیشگیری از سرقت یا مخدوش و مفقود شدن پرونده‌ها

سنجه . کنترل و مطابقت پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات با فهرست بیماران پذیرش شده انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود سیستم دستی یا الکترونیک کنترل فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی در واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند و مشاهده
۲	تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند
توضیحات	فهرست بیماران بستری شده بر طبق ایندکس اصلی[1] در واحد مدیریت اطلاعات وجود دارد. تو صیه . به منظور پیـ شگیری از تـ شابه نام بیماران، ثبت نام پدر، کد ملی و تاریخ مراجعه در فهر ست بیماران پذیرش شده، پرونده‌ها و سیستم HIS بیمارستان انجام می گیرد.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

-انطبـــاق پرونـــده هـــای ورودی بـــه واحـــد مـــدارک پزشـــکی بـــا لیســـت بیمـــاران پـــذیرش شـــده(بســـتری ، اورژانـــس)
- تهیه لیست پرونده تحویل داده نشده بصورت دوره ای (حداکثر فصلی) جهت طرح در کمیته مدیریت اطلاعات و پیگیری عودت

ز	۱	۵	بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است.

دستاورد استاندارد

- کسب اطمینان از ثبت کامل داده‌ها در پرونده پزشکی
- به حداقل رساندن کسورات بیمه ای ناشی از عدم تکمیل پرونده

سنجه ۱ . واحد مدیریت اطلاعات سلامت با مشارکت نمایندگان همه تخصص های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده اند، چک لیست ممیزی تمامی اوراق پرونده‌ی پزشکی را جهت اطمینان از خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق تهیه نموده است.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تهیه چک لیست ممیزی محتوایی بررسی پرونده‌های پزشکی * توسط کمیته مدیریت اطلاعات	بررسی مستند
۲	چک لیست، حداقل شامل ارزیابی خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق است.	بررسی مستند
۳	آگاهی کارکنان بالینی از وجود چک لیست ممیزی پرونده های بالینی و اهمیت کاربرد آن	مصاحبه
۴	ممیزی پرونده های بالینی با استفاده از چک لیست توسط بخش انجام و رفع نقص می‌شود.	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه . نقص احتمالی محتوای چک لیست ممیزی پس از بررسی نظرات نمایندگان تخصص های مختلف برطرف می شود	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات درمان بیمارستان و مدیر بیمارستان	

– چک لیست طراحی شده مصوبه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت را داشته باشد .

– چک لیست طراحی شده پرونده را از نظر تکمیل کلیه عناصر اطلاعاتی ، وجود فرمها و گزارشات لازم در پرونده، رعایت اصول مستند سازی،و ترتیب فرمها در پرونده کنترل نماید.

سنجه ۲ . پرونده‌های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط منشی بخش و براساس چک لیست ممیزی اوراق پرونده پزشکی مورد بازبینی قرار می‌گیرند و نتایج حاصل از بازبینی پرونده‌های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند بازخورد داده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود چک لیست ممیزی اوراق تکمیل شده پرونده پزشکی در بخش ها	بررسی مستند
۲	تکمیل چک لیست اوراق ممیزی پرونده پزشکی در بخش ها	بررسی مستند
۳	گزارش موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند توسط منشی بخش	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	توصیه . چک مجدد پس از رفع نقص انجام می شود و بازخورد بازبینی فرمها به کارکنان مستندساز اعم از پزشک و پرستار ارائه می‌شود	
هدایت کننده	سوپروایزر بالینی، سرپرستار بخش/پرستار مسئول شیفت و منشی بخش	

- پرونده قبل از ارسال به واحد مدارک پزشکی توسط منشی بر اساس چک لیست طراحی شده کنترل می گردد.
- نواقص موجود در پرونده جهت رفع نقص به مستند سازان اعلام می گردد.
- پرونده پس از رفع نقص به واحد مدارک پزشکی ارسال می گردد.

سنجه ۳. روش اجرایی"سازماندهی درونی پرونده‌های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*بنا به سیاست بیمارستان یکی از روش هایSOMR-POMR-TOMR برای سازماندهی درونی پرونده‌های پزشکی در بخش استفاده می‌گردد.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

-ترتیب چیدمان فرمها بر اساس نامه ابلاغی شماره ۱۳۰/۸۴۰۸/ص/۹۵ مورخ ۹۵/۰۴/۰۸ معاونت درمان دانشگاه باشد.

-با رویکرد SOMR

سنجه ۴ . پرونده‌های پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست مجددا مورد بازبینی قرار می‌گیرند و نتایج به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند، بازخورد داده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ارسال چک لیست تکمیل شده‌ی ممیزی پرونده پزشکی توسط بخش به واحد مدیریت اطلاعات سلامت	بررسی مستند
۲	بازبینی نتایج ممیزی پرونده پزشکی توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت	بررسی مستند
۳	اطلاع رسانی موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند	بررسی مستند و مصاحبه
۴	رفع نواقص پرونده توسط افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند	بررسی مستند
توضیحات	توصیه . روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد بازبینی پرونده‌های در واحد مدیریت اطلاعات سلامت وجود دارد ، بازنگری مجددپس از رفع نقص پرونده انجام می گیرد.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

-بررسی مجدد فرمهای پرونده بر اساس چک لیست طراحی شده .
- بازخورد نواقص موجود در پرونده به منشی بخش مربوطه جهت پیگیری موارد نقص.
- پایش نواقص موجود در پرونده و تعیین درصد نقص به تفکیک بخش،علت، ، فرد مستند ساز و طرح در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت.

سنجه ۵ . واحد مدیریت اطلاعات حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران بررسی کمی و کیفی پرونده‌ها را انجام داده و با مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی اقدام می‌نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل پرونده‌ها حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران	بررسی مستند
۲	بررسی کمی* و کیفی**پرونده ها توسط واحد مدیریت اطلاعات	بررسی مستند
۳	مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی حداکثر تا ۱۴ روز	بررسی مستند
توضیحات	*در تحلیل کمی پرونده بیمار برای اطمینان از رعایت ۴ مورد به شرح ذیل بررسی می گردد. ۱. تعیین کاستی های پرونده از لحاظ تعداد گزارشات لازم ۲. تعیین عناصر اطلاعاتی نانوشته در فرم های پرونده ۳. تعیین گزارشات فاقد امضا ۴. تعیین گزارشات فاقد تاریخ و زمان ❖ این تحلیل توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات انجام می شود. **تحلیل کیفی بعد از تحلیل کمی انجام می شود. در تحلیل کیفی برر سی پرونده برا ساس دو ویژگی accuracy و adequency صورت می‌گیرد و برخی از مواردی که مورد بررسی قرار می گیرد عبارتند از: ۱. وجود پیوستگی و توالی منطقی میان داده‌ها ۲. قابل فهم بودن و درک همگان از داده‌ها ۳. واریز به موقع داده‌ها. ❖ تحلیل کیفی توسط کارکنان بخش مدیرت اطلاعات با همکاری کادر پزشکی انجام می‌شود.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

- بررسی یا تحلیل کمی مبتنی بر ویژگی "کامل بودن" مستندات بوده و بطور کلی پس از ترخیص بیمار اجرا می گردد.
- به منظور تسریع در فرایند بررسی کمی ، در برخی مراکز در طول بستری بیمار بصورت روزانه پرونده توسط منشی بخشها و کارشناسان مدارک پزشکی از طریق کنترل پرونده بیماران ترخیصی صورت می گیرد .

ز	۱	۶	سیستم بایگانی برای پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپایی با رعایت الزامات وجود دارد.

دستاورد استاندارد

- نگهداری، بازیابی و امنیت مدارک پزشکی
- دسترسی آسان به مدارک جمع آوری شده

سنجه۱ . بایگانی پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضای بایگانی، تعدادپذیرش و ترخیص و درخواست پرونده پزشکی) وجود دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فضایی برای بایگانی پرونده‌های پزشکی	مشاهده
۲	جای‌گذاری کلیه پرونده‌های پزشکی بستری، اورژانس و سرپایی در بایگانی	مشاهده
توضیحات	توصیه۱ . بایگانی براساس یکی از روشهای استاندارد ترمینال دیجیت، میدل دیجیت و یا سریال انجام گرفته است . توصیه ۲. لیست بیماران بستری با پرونده‌های بایگانی شده مطابقت دارد.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت	

- انتخاب سیستم بایگانی متناسب با شرایط واحد مدارک پزشکی
- کنترل لیست بیماران پذیرش شده با پرونده های تحویل داده شده به واحد بایگانی و تنظیم لیست فصلی از پرونده های تحویل گرفته نشده جهت پیگیری و طرح در کمیته مدیریت اطلاعات.

سنجه ۲. شرایط محل نگهداری پرونده‌های پزشکی منطبق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت می‌باشد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	مطابقت شرایط محل نگهداری پرونده‌های پزشکی با دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع*	مشاهده
توضیحات	*رعایت شرایط محل نگهداری براساس دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات، مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

-بر اساس فصل سوم دستورالعمل شماره ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵.(بارگذاری شده در سایت معاونت درمان دانشگاه
)بارگذاری شده در سایت معاونت درمان دانشگاه.

سنجه ۳. واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده‌های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان‌های ذکر شده در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری می‌کند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	نگهداری و بایگانی پرونده‌ها سرپایی، بستری، اورژانس براساس مدت زمان رسیدگی به پروند ها	مشاهده
۲	وجود فضای بایگانی جاری و راکد*	مشاهده
توضیحات	*رعایت مدت زمان های ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۴۰۹/۱۸۱۱د مورخ ۹۵/۱/۲۱ توصیه . در تمام بیمارستان ها حتی بیمارستان های جدید التاسیس محلی برای نگهداری پرونده‌های راکد تعیین شده است، لیست پرونده‌های بایگانی راکد در HIS قابل ردیابی است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و مسئول واحد مدیریت اطلاعات بیمارستان	

شماره نامه ۱۹/۱۰۱/د مورخ ۹۲/۰۱/۱۷ مشاور و مدیر کل محترم دفتر وزارتی

سنجه ۴. فرآیند بازیابی به گونه‌ای است که در ساعات فعالیت واحد مدیریت اطلاعات، بازیابی پرونده‌های پزشکی توسط پرسنل آموزش دیده درکمتر از ده دقیقه امکان پذیر است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرآیند بازیابی پرونده‌های پزشکی در ساعات فعالیت واحد درکمتر از ده دقیقه	بررسی مستند و مشاهده
۲	وجود کارکنان آموزش دیده و مطلع از فرآیند بازیابی پرونده‌ها*	مصاحبه
توضیحات	*انطباق عملکرد کارکنان مربوط با فرایند، بنا به درخواست بخش‌ها و واحد ها پرونده‌های پزشکی بیماران ظرف کمتر از ۱۰ دقیقه از زمان درخواست در اختیار واحد درخواست کننده قرار می‌گیرد. توصیه . بخش‌ها و واحدها از روند تحویل پروندها ظرف مدت مذکور رضایت دارند	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

- بازیابی پرونده در طول ۲۴ ساعت مقدور باشد.
- فلوچارت مربوط به بازیابی پرونده در بایگانی نصب شده باشد .

سنجه ۵. روش اجرایی "محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات" تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*شرایط و معیارهای حفاظت از پرونده پزشکی در برابر دسترسی های غیر مجاز تدوین شده است.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۶. واحد مدیریت اطلاعات درخصوص پرونده‌های مفقود/آسیب دیده، برابر مقررات پیگیری لازم را به عمل آورده و نتایج بدست آمده به اطلاع تیم مدیریت اجرایی رسانده می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرآیند پیگیری پرونده‌های مفقودی و یا آسیب دیده *	بررسی مستند
۲	وجود لیست پرونده‌های مفقودی	بررسی مستند
۳	اطلاع رسانی نتایج پیگیری پرونده‌های مفقود/آسیب دیده به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
توضیحات	*کارکنان مرتبط از فرایند پیگیری پرونده‌های مفقودی و یا آسیب دیده اطلاع دارند و عملکرد آنها منطبق با فرایند است. توصیه . مستندات پیگیری پرونده‌ها و رفع اسیب ها وجود دارد	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۷. روش اجرایی "ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت" با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

- وجود سیستم درخواست پرونده (دستی ،الکترونیکی)
- وجود سیستم ثبت ورود و خروج پرونده (دستی و الکترونیکی)
- پیگیری برای عودت پرونده های خارج شده پس از مهلت زمانی مقرر.(در دستورالعمل شرایط و معیار ها قید گردیده)

ز	۱	۷	بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده پزشکی تشکیل می دهد.

دستاورد استاندارد

- ثبت جریان بیماری، درمان و اطمینان از ادامه مراقبت صحیح گیرنده خدمت
- کمک و پشتیبانی از گیرنده خدمت، پزشکان کارکنان مسئول و ارائه دهندگان خدمات در بیمارستان

سنجه ۱. در پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپائی، مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش‌ها و تصویربرداری، ثبت نتیجه نهایی و خلاصه پرونده تکمیل شده‌است و یک شماره‌ی پرونده اختصاصی دارد و از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده‌های بستری انطباق دارند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل تمام اوراق پرونده برای بیماران بستری، اورژانس و سرپائی*	بررسی مستند
۲	وجود سیستم شماره گذاری و شماره پرونده اختصاصی	بررسی مستند
۳	وجود شرایط دسترسی یکسان برای پرونده‌های اورژانس و سرپائی	بررسی مستند
توضیحات	* بیماران سرپایی اورژانس دارای پرونده هستند.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۲. اسامی و مشخصات بیماران از دو روش شماره پرونده پزشکی و نام و نام خانوادگی در فهرست اسامی اصلی که شامل بیماران جدید و قدیم است موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	اندکس اصلی بیماران[1] برای بیماران قدیم و جدید	بررسی مستند
۲	بازیابی پرونده‌ها براساس شماره پرونده بیماران موجود در ایندکس اصلی	مشاهده
۳	پرونده‌ها براساس نام و نام خانوادگی بیماران موجود در ایندکس اصلی	مشاهده
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تکمیل تمامی اطلاعات دموگرافیک *بیماران در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص	بررسی مستند
۲	تکمیل مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده	بررسی مستند
توضیحات	*اطلاعات دموگرافیک شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، محل تولد، شماره شناسنامه، کد ملی، وضعیت تاهل، آدرس، شماره تلفن در سربرگ فرم های پرونده‌های ارسالی از بخش های بستری. توصیه . به ازاء مشخصات دموگرافیک برای بیمار شماره پرونده وجود دارد.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و سوپروایزر/ سرپرستار یا پرستار مسئول بخش	

با توجه به نامه شماره ۱۸۱۱/ ۴۰۹ د مورخ ۹۵/۰۱/۲۱ مدیر کل محترم دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت متبوع استفاده از برچسب مشخصات بر روی سربرگ فرمها ممنوع می باشد.

سنجه ۱. ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.		
سطح سنجه	☑ الزامی ☐ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود	مصاحبه و مشاهده
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

استاندارد الزامی

سنجه ۲. داده‌های ثبت شده مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با وضعیت موجود بیمارستان مطابقت دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	مطابقت داده‌های ثبت شده اطلاعات شناسنامه ای در سامانه با پروانه تاسیس و بهره برداری بیمارستان*	بررسی مستند
۲	مطابقت داده‌های ثبت شده بخش‌های بیمارستانی در سامانه با وضعیت موجود بیمارستان و مستندات دفتر فنی	بررسی مستند و مشاهده
۳	مطابقت داده‌های ثبت شده فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه با دفاتر وفرمهای آماری موجود بیمارستان	بررسی مستند
توضیحات	*ثبت داده‌ها در سامانه مشاهده شود	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. کنترل ثبت و بروزرسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی براساس حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل ثبت داده‌های مربوط به پرسنل، پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات *	بررسی مستند و مشاهده
۲	کنترل بروزرسانی داده‌ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند و مشاهده
توضیحات	*مسئولیت ثبت اطلاعات پرسنل و پزشکان با امور اداری و کارگزینی بیمارستان و مسئولیت ثبت اطلاعات تجهیزات پزشکی و سرمایه ای با اداره تجهیزات پزشکی بیمارستان یا معاونت درمان است. واحد مدیریت اطلاعات مسئولیت نظارت بر ثبت اطلاعات و بروز رسانی آن در این قسمت ها می باشد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول کارگزینی، مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان وکمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۱. ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل اقلام اطلاعاتی[۲] قابل دسترسی در سایت گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و با پرونده کاغذی بیماران مطابقت دارد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل اقلام اطلاعاتی*	بررسی مستند
۲	مطابقت داده‌های ثبت شده با با پرونده کاغذی بیماران	بررسی مستند
توضیحات	*حداقل داده‌های بیماران در سایت دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان[۳] شامل دو گروه عمده داده‌های اداری و داده‌های بالینی می باشد. داده‌های اداری شامل داده‌های هویتی، اطلاعات دموگرافیک،داده‌های مربوط به پذیرش بیماران،داده‌های ترخیص، داده‌های مالی و صورت حساب بیماراست. داده‌های بالینی شامل داده‌های تشخیصی، داده‌های مربوط به اقدامات پاراکلینیکی، داده‌های مربوط به اقدامات درمانی است.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۲. کنترل محتوای داده‌ها وصحت آمارها و گزارش‌های دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی به طور منظم انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کنترل محتوای داده‌ها و صحت آمارها و گزارش های دریافتی از سیستم اطلاعات*	بررسی مستند
توضیحات	*آمارها و گزارش های دریافتی سیستم اطلاعات بیمارستانی با دفاتر و فرم‌های آماری موجود مطابقت کامل دارد.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات	

- مستندات مربوط به کنترل صحت آمارهای دریافتی سیستم

سنجه ۱. فرم های پرونده اصل می‌باشد و تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرم ها به طور کامل تکمیل شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	وجود فرم های اصل در پرونده بیمار به غیر از فرم اعزام بیمار	بررسی مستند
۲	تکمیل فرم های پرونده بیمار	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

- اصل فرم اعزام همراه بیمار منتقل می شود .

سنجه ۲. تشخیص نهایی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و خلاصه پرونده به طور دقیق ثبت شده‌است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت تشخیص نهایی در فرم پذیرش، و خلاصه پرونده توسط پزشک معالج	بررسی مستند
۲	مهر و امضاء هر دو فرم توسط پزشک معالج	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و سرپرستار بخش	

سنجه ۳. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش های پزشکی حداقل شامل شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره‌ها در کل بیمارستان استفاده می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامي ☑ اساسي ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت تمامی گزارش های پزشکی به زبان فارسی یا انگلیسی *	بررسی مستند
۲	حداقل عناصر تشخیص نهایی، اقدام درمانی و عوارض و پیامدها و علت خارجی بیماری و صدمه، و علت فوت به زبان انگلیسی ثبت شده است	بررسی مستند
توضیحات	*ثبت گزارش های شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره ها به زبان فارسی یا انگلیسی انجام می شود.	
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات	

سنجه ۴. فرم شرح حال شامل مشخصات دموگرافیک بیمار(جمعیت شناختی)، شکایت‌اصلی‌بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، تشخیص اولیه یا افتراقی طرح درمان در پرونده موجود است.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت مشخصات دموگرافیک بیمار(جمعیت شناختی) در فرم شرح حال	بررسی مستند
۲	ثبت شکایت اصلی‌بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری‌های قبلی در فرم شرح حال	بررسی مستند
۳	ثبت داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، در فرم شرح حال	بررسی مستند
۴	ثبت معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، در فرم شرح حال	بررسی مستند
۵	ثبت تشخیص اولیه یا افتراقی و طرح درمان در فرم شرح حال	بررسی مستند
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات، رئیس بخش، سرپرستار بخش	

سنجه. پزشک معالج در زمان اعزام بیمار به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده را در فرم اعزام به صورت خوانا و کامل ثبت نموده و نسخه اصلی به بیمارستان مقصد ارسال و تصویر آن مهمور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در پرونده بیمار بایگانی می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	ثبت گزارش اقدامات انجام شده در فرم اعزام بیمار به سایر مراکز توسط پزشک معالج	بررسی مستند
۲	ارسال اصل فرم اعزام به بیمارستان مقصد	بررسی مستند
۳	بایگانی کپی فرم اعزام داخل پرونده بیمار بعد از امضاء و مهر اصل	بررسی مستند
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار بخش و مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه. بیمارستان برای هجده برگ ابلاغی پرونده‌ها از سیستم کدگذاری رنگی[1] استفاده می نماید.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	استفاده از سیستم کدگذاری رنگی برای هجده برگ اصلی پرونده بیماران	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

- از کد رنگهای ابلاغی معاونت درمان دانشگاه به شماره نامه ۸۴۰۸/ ۱۳۰ / ص /۹۵ مورخ ۰۸ /۰۴ /۹۵ بارگذاری شده در سایت معاونت درمان دانشگاه اداره آمار استفاده شود .

سنجه ۱. برای تمامی پرونده‌های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص نهایی پرونده‌ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها انجام می‌شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	کدگذاری قبل از بایگانی پرونده براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۲. درکدگذاری پرونده‌ها، علاوه بر کدگذاری تشخیص نهایی، کدگذاری همه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت ها، و علت زمینه‌ای مرگ)، براساس دستورالعمل کشوری صورت می‌پذیرد.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	کدگذاری تمام تشخیص‌ها و اقدامات درمانی در پرونده براساس دستورالعمل	بررسی مستند
توضیحات	در پرونده پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، (در موارد حادثه یا فوت، علل خارجی حوادث و مسمومیت ها، و علت زمینه ای مرگ)، و سایر تشخیص‌ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی اقدامات درمانی و بیماری ها موجود است.	
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی در فواصل تعیین شده و انجام تحقیقات استفاده می شود.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	استفاده از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی و انجام تحقیقات	بررسی مستند
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۴. روش اجرایی" استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن ها در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار" با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.		
سطح سنجه	☐ الزامی ☑ اساسی ☐ ایده آل	
	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	**روش ارزیابی**
۱	تدوین روش اجرایی*	بررسی مستند
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند
۵	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده
توضیحات	*فهرستی از اختصارات مجاز جهت استفاده در پرونده پزشکی و تشخیص‌ها و اقدامات در هر بخش تنظیم و در بخش نصب شده است، و نسخه ای از آن به واحد مدیریت اطلاعات ابلاغ شده و کارکنان این واحد از آن اطلاع دارند و در بررسی پرونده و کدگذاری براساس آن عمل می نمایند.	
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات	

نظر به اینکه طبق اصول مستندسازی باید استفاده از اختصارات(به خصوص در مورد تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد، و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که کلیه کادر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیر مصوب می نمایند که باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات و در نتیجه به خطر افتادن ایمنی بیماران می گردد. بنابراین طبق این سنجه مراکز می بایستی لیستی از اختصارات مصوب (پیشنهاد می گردد جدولی حداقل با سه ستون شامل نام اختصار ، شرح لاتین ، معنی فارسی تنظیم و در اختیار مدیران گروها و سرپرستاران بخشها و مسئول ایمنی بیمار قرار گیرد و لیست پیشنهادی که بر مبنای رفرنس های معتبر علمی تنظیم گردیده جهت تصویب به کمیته مدیریت اطلاعات سلامت ارایه گردد)را تهیه و بعد از تصویب در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت استفاده نمایند .بدیهی است که حداقل اقلام اطلاعاتی که در یک روش اجرایی باید مورد توجه قرار گیرد شامل: عنوان ،هدف ،دامنه،تعارف،منابع/مراجع،مسئولیت ها و اختیارات ،شیوه انجام کار (چه فعالیتی ،چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود) و مستندات مرتبط می باشد.در پایان لازم به یاد آوری است که جملات در روش اجرایی باید خبری باشد .

موفق باشید