



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز - معاونت درمان - مدیریت امور بیمارها و مراکز تشخیصی درمانی

بازدید جامع عملکرد

چک لیست مدیریت اطلاعات سلامت

ردیف	موضوع	امتیاز کل	۴	۳	۲	۱	۰
بایگانی پرونده	۱ پرونده های پزشکی تمامی بیماران بستری شده(مطابق لیست های پذیرش (HIS)، در بیمارستان بایگانی و نگهداری می گردد.	۲					
	۲ پرونده های پزشکی تمامی بیماران اورژانس تحت نظر(مطابق لیست های پذیرش (HIS)، در بیمارستان بایگانی و نگهداری می گردد.	۲					
	۳ پرونده های پزشکی تمامی بیماران سرپایی درمانگاه (مطابق لیست های پذیرش(HIS)، در بیمارستان بایگانی و نگهداری می گردد.	۲					
	۴ پرونده های پزشکی تمامی بیماران سرپایی اورژانس (مطابق لیست های پذیرش (HIS)، در بیمارستان بایگانی و نگهداری می گردد. (فرم تریاژ جدید که دارای کد MOHHIM- IR ۹۸۱۲-۱۰ و به صورت پشت و رو می باشد ، برای بیماران سطح ۴ و ۵ اورژانس مطابق مکاتبه شماره ۱۸۱۱/۴۰۹ د مورخ ۲۱/۰۱/۹۵ وزارت متبوع بعنوان پرونده سرپایی کفایت می کند . در صورت الکترونیکی شدن پرونده اورژانس سرپایی و امکان اخذ خروجی PDF از هر دو صفحه ، نیاز به تشکیل و نگهداری پرونده نمی باشد .)	۲					
فضای بایگانی پرونده ها	۵ فضاهای مستقلی برای بایگانی پرونده های جاری(بستری، سرپایی و اورژانس) در نظر گرفته شده است؟(مستقل از محل فعالیت پرسنل)	۲					
	۶ در بیمارستانهای با قدمت بیش از ۱۰ سال ، در صورتیکه نسبت به امحا پرونده ها اقدام نموده اند و در صورت عدم وجود فضای کافی در بایگانی جاری ، فضای مستقلی برای پرونده های راکد در نظر گرفته شده است .(بیمارستان های جدید التاسیس غ ق ا) .	۲					
	۷ مقدار فضای در نظر گرفته شده برای بایگانی جاری(بستری) در بیمارستان های جدیدالتاسیس(با قدمت کمتر از ۱۰ سال)، با توجه به پیش بینی تعداد پرونده های بستری و اورژانس و نوع تجهیزات انتخاب شده، برای حد اقل ۱۰ سال کفایت می کند.	۲					
	۸ برای بیمارستان های با قدمت بالای ۱۰ سال، فضای مناسبی بعنوان بایگانی راکد جهت نگهداری پرونده ها(خلاصه ها) وجود دارد بصورتی که در بایگانی جاری همیشه فضای لازم برای حد اقل یکسال آینده وجود دارد.(بیمارستان های زیر ۱۰ سال غ ق ا)	۲					
	۹ بایگانیهای جاری موجود بصورت متمرکز و در یک مکان در نظر گرفته شده است.(پرونده های ۱۰ سال جاری)	۲					
	۱۰ بایگانیهای راکد موجود بصورت متمرکز و در یک مکان در نظر گرفته شده است.(پرونده های قدیمی و خلاصه های تهیه شده)(بیمارستان های زیر ۱۰ سال غ ق ا)	۲					
	۱۱ در تمام فضاهای مستقل بایگانی جاری و راکد ، می بایست لیبلی به منظور نشان دادن تعداد پرونده ها ، سال های تشکیل پرونده ونوع پرونده وجود داشته باشد .	۲					
	۱۲ برای محل بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود)، محیط هایی که از نظر دسترسی دارای مشکل می باشند، در نظر گرفته نشده است.	۲					
	۱۳ برای محل بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود)، محیط هایی که فاقد نظارت مجاز می باشند، در نظر گرفته نشده است. (برای بایگانی های راکد مستقل از بایگانی جاری ، سرکشی مستمر هفتگی (وجود مستندات سرکشی شامل نصب جدول زمانبندی سرکشی در داخل بایگانی و کنار لیبل تعداد پرونده ها) و یا نصب دوربین مدار بسته انجام می گردد .)	۲					
	۱۴ برای محل بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود)، محیط هایی که در مجاورت محل های خطرآفرین برای پرونده ها یعنی محل هایی که حرارت و رطوبت تولید می کنند مانند لنژری، موتورخانه، مخازن آب، آشپزخانه، ژنراتور، تصفیه خانه آب و ... در نظر گرفته نشده است.	۲					
شرایط فضای فیزیکی محل بایگانی پرونده ها مطابق با دستورالعمل	۱۵ فاصله تاسیسات برق، لوله کشی گاز و لوله های اصلی آب و فاضلاب از بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) رعایت شده است.	۲					
	۱۶ لوله های آب (سرد یا گرم) و فاضلاب از داخل فضای بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود) عبور ننموده است.	۲					

تجهیزات بایگانی ها	۱۷	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) در صورت وجود لوله های آب و فاضلاب(بخصوص فضای بالای قفسه بندی ها که احتمال ریزش مستقیم آب بر روی پرونده ها وجود دارد)، با بازدید پیوسته از بروز مشکلاتی که موجب نشت آب می گردد جلوگیری شده است و آثاری از نشت آب از لوله ها مشاهده نمی گردد.(عدم وجود لوله غ ق ا)	۲				
	۱۸	سقف و دیوارهای بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود)، از نظر نفوذ رطوبت عایق بندی شده اند و آثاری از نشت آب و رطوبت از محیط بیرون به داخل بایگانی مشاهده نمی گردد.	۲				
	۱۹	پوشش داخلی و خارجی سقف و دیوارهای بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود)، از مواد ضد آتش ساخته شده و از نظر حرارتی عایق بندی می باشد.	۲				
	۲۰	از کفپوش قابل شستشو و ضد سایش (سنگ یا سرامیک) برای بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود) استفاده شده است.	۲				
	۲۱	کف اتاق بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود) تحمل فشار حاصل از وزن پرونده های موجود در قفسه ها را دارد.(عدم وجود هرگونه ناهمواری و شیب در کف بایگانی)	۲				
	۲۲	دیوار ها در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) دارای رنگ روشن می باشد که انعکاس نور بالایی دارد.	۲				
	۲۳	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) از تابش مستقیم نور خورشید به پرونده ها جلوگیری می شود(در مناطقی که تابش خورشید شدید است از فیلتر های مخصوص که پرتو فرابنفش را عبور نمی دهند بر روی پنجره استفاده میشود.	۲				
	۲۴	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) ابزار اندازه گیری رطوبت نصب شده است و رطوبت نسبی بایگانی که برای کاغذ ۳۵-۵۰ درصد است بصورت مستمر رعایت می شود.	۲				
	۲۵	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) ابزار اندازه گیری دما نصب شده است و دمای محل نگهداری اسناد کاغذی در حد استاندارد (۱۴ الی ۱۸) بصورت مستمر رعایت می شود.	۲				
	۲۶	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) از راکد شدن هوا جلوگیری میگردد و تهویه مناسب وجود دارد. (دستگاه تهویه)	۲				
	۲۷	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) دستگاههای آتشیاب اتوماتیک و آتش خاموش کن(کپسول و یا آتش خاموش کن اتوماتیک سقفی با استفاده از پودر) نصب شده است.	۲				
	۲۸	کلید های اصلی مربوط به تقسیمات برق در خارج از بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) قرار دارد. و در صورتی که در داخل فضای بایگانی باشد درپوش ایمنی داشته باشد . پریزهای موجود در فضای بایگانی نیز باید درپوش ایمنی داشته باشند.	۲				
	۲۹	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) سیم کشی های برق بصورت روکار انجام شده است و الزاما از داخل داکت های فلزی عبور کرده باشد.	۲				
	۳۰	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) از لامپ های سقفی و دیواری(غیر معلق) استفاده شده است. و تمامی لامپها دارای روکش(محافظ)مناسب می باشند.	۲				
	۳۱	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) فاصله مناسب (۵۰ سانتیمتر) میان سیم کشی و لامپ های روشنایی با اسناد کاغذی رعایت شده است.	۲				
	۳۲	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) برای روشنایی لامپهای با نورسفید (LEDبکار می رود و از لامپهای حرارتی (مانند لامپ هالوژن) استفاده نشود .	۲				
	۳۳	در بایگانی های جاری و راکد (در صورت وجود) انجام نظافت و گردگیری(کف، قفسه ها، پرونده ها و ...) مستمر و مناسب (حداقل هر ماه یک بار) انجام گرفته است.	۲				
	۳۴	از قفسه بندی مناسب با توجه شرایط فضای هر کدام از بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود) استفاده می گردد (قفسه بندی مناسب شامل قفسه بندی کم دی ثابت فلزی با درب یا بدون درب و قفسه بندی ریلی فلزی و یا قفسه بندی با ام دی اف بدون عیب و سالم جهت نگهداری پرونده ها و زونکن ها می باشد).	۲				
	۳۵	ابعاد طبقه ها (ارتفاع و عمق) طوری انتخاب شود که پرونده ها از طبقه بیرون نیاید وهمچنین فاصله بین دوطبقه باید ۵ سانتیمتر بیشتر از اندازه ارتفاع بلندترین پرونده/ زونکن استاندارد مورد استفاده برای نگهداری اسناد باشد تا جابجایی آنها راحت تر انجام شود .	۲				
	۳۶	ارتفاع کف پایین ترین قفسه در بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود)، از سطح زمین حداقل ۱۵ سانتی متر می باشد.	۲				
	۳۷	فاصله بین قفسه ها در بایگانی های جاری و راکد(در صورت وجود)، مناسب است(حد اقل ۷۰ سانتی متر)	۲				
	۳۸	در صورت استفاده از قفسه های ریلی، جابجایی قفسه هایی که ظرفیت آنها کامل است ، به آسانی امکان پذیر است(ریل های نصب شده و شیب کف بایگانی مناسب است)(قفسه های ثابت غ ق ا)	۰				
	۳۹	در صورت استفاده از قفسه های ریلی دستگیره های مورد استفاده معیوب نمی باشد (جابجایی قفسه ها در بایگانی های ریلی به آسانی امکان پذیر است)(قفسه های ثابت غ ق ا)	۰				

					۲	از پوشه استاندارد و دارای کالر کودینگ با ۱۰ رنگ استفاده می شود.	۴۰	
					۲	از زونکن استاندارد و مقاوم استفاده می شود	۴۱	
					۲	روش مناسبی جهت بایگانی پرونده های بیماران بستری با توجه به شرایط مرکز انتخاب شده است(با توجه به مقدار فضای بایگانی، تعدادپذیرش، تجهیزات موجود و سهولت دسترسی و سرعت بازبایی پرونده در طولانی مدت)	۴۲	روش بایگانی پرونده ها
					۲	با توجه به روش های انتخاب شده تقسیم بندی فایلها و نصب راهنماهای لازم انجام گردیده است.	۴۳	
					۲	روش مناسبی جهت بایگانی پرونده های بیماران اورژانس تحت نظر با توجه به شرایط مرکز انتخاب شده است.(با توجه به مقدار فضای بایگانی، تعدادپذیرش، تجهیزات موجود و سهولت دسترسی و سرعت بازبایی پرونده در طولانی مدت)	۴۴	
					۲	روش مناسبی جهت بایگانی پرونده های بیماران سرپایی درمانگاه و اورژانس با توجه به شرایط مرکز انتخاب شده است.(با توجه به مقدار فضای بایگانی، تعدادپذیرش، تجهیزات موجود و ...)	۴۵	
					۲	روش های بایگانی انتخاب شده از نظر اجرایی و آموزشی آسان و فاقد پیچیدگی بوده و در سالهای آینده دچار مشکل نخواهد شد.	۴۶	
					۲	روش اجرایی " محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازبایی اطلاعات" تدوین شده است. و در این روش اجرایی شرایط و معیار های حفاظت از پرونده پزشکی در برابر دسترسی های غیر مجاز مشخص شده است.	۴۷	امنیت بایگانی و پرونده ها
					۲	محل بایگانی(بایگانیهای) جاری در مجاورت و یا طبقه زیرین محل فعالیت پرسنل واحد قرار دارد.	۴۸	
					۲	محل بایگانی(بایگانیهای) راکد در مجاورت و یا طبقه زیرین محل فعالیت پرسنل واحد قرار دارد.	۴۹	
					۲	محل بایگانی(بایگانیهای) جاری دارای درب و پنجره مناسب به همراه قفل و حفاظ مطمئن می باشد(عدم امکان ورود افراد غیر مجاز و همچنین حیوانات)	۵۰	
					۲	محل بایگانی(بایگانیهای) راکد دارای درب و پنجره مناسب به همراه قفل و حفاظ مطمئن می باشد(عدم امکان ورود افراد غیر مجاز و همچنین حیوانات)	۵۱	
					۲	امکان تردد پرسنل غیر مجاز واحد و ارباب رجوع به محل نگهداری پرونده ها وجود ندارد(محل نگهداری پرونده ها از محل فعالیت اداری پرسنل تفکیک شده است و درب مستقل دارد)	۵۲	
					۲	افراد مجاز جهت ورود به بایگانی و دسترسی به پرونده ها تعیین شده اند.	۵۳	
					۲	کارکنان مرتبط از روش اجرایی موجود آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.(سؤال از پرسنل مربوطه)	۵۴	
					۲	نگهداری پرونده های بستری براساس مدت زمان ابلاغی توسط وزارت متبوع(طی نامه شماره ۱۹/۱۰۱ / د مورخ ۱۷/۰۱/۹۲) انجام می شود. (پرونده ها بستری بین ۱۰ تا ۲۰ سال بصورت کامل شامل پرونده بیماران عادی بالای ۱۸ سال (۱۰سال) - بیماران روانی، تصادفی، نزاع ، خودکشی، مسمومیت، آسیب های عمدی،حوادث شغلی، بیماریهای نوظهور(۱۵سال) - بیماران کمتر از ۱۸ سال(۱۰ سال پس از بلوغ) - حوادث مناطق نظامی(۲۰ سال)) - پرونده های مجروحین جنگی(دائم) و) (بیمارستانهای غیر مشمول شامل بیمارستانهای با فضای کافی جهت نگهداری پرونده ها برای مدت زمانی بیشتر از زمان ابلاغی توسط وزارت متبوع و بیمارستانهای جدید التاسیسی که دارای پرونده مشمول مدت زمان ابلاغی امحاء نمی باشند غیر قابل ارزیابی هستند)	۵۵	نگهداری پرونده هاو خلاصه های تهیه شده(سوابق بیماران)
					۲	نگهداری پرونده های اورژانس براساس مدت زمان ابلاغی توسط وزارت متبوع(طی نامه شماره ۱۹/۱۰۱ / د مورخ ۱۷/۰۱/۹۲) انجام می شود. (بین ۳ تا ۵ سال) (بیمارستانهای غیر مشمول شامل بیمارستانهای با فضای کافی جهت نگهداری پرونده ها برای مدت زمانی بیشتر از زمان ابلاغی توسط وزارت متبوع و بیمارستانهای جدید التاسیسی که دارای پرونده مشمول مدت زمان ابلاغی امحاء نمی باشند غیر قابل ارزیابی هستند)	۵۶	
					۲	نگهداری پرونده های سرپایی براساس مدت زمان ابلاغی توسط وزارت متبوع(طی نامه شماره ۱۹/۱۰۱ / د مورخ ۱۷/۰۱/۹۲) انجام می شود. (۵ سال) (بیمارستانهای غیر مشمول شامل بیمارستانهای با فضای کافی جهت نگهداری پرونده ها برای مدت زمانی بیشتر از زمان ابلاغی توسط وزارت متبوع و بیمارستانهای جدید التاسیسی که دارای پرونده مشمول مدت زمان ابلاغی امحاء نمی باشند غیر قابل ارزیابی هستند)	۵۷	

					۲	تمامی پرونده ها و خلاصه های تهیه شده از پرونده ها(در صورت وجود) برای کلیه بیماران مراجعه کننده بستری از زمان آغاز فعالیت مرکز موجود می باشد(در صورت عدم وجود تعدادی از پرونده ها و یا خلاصه پرونده ها، موارد با ذکر نوع پرونده ها و سال پرونده ها و علت آن ذکر گردد)	۵۸	
					۲	تمامی پرونده ها و خلاصه های تهیه شده از پرونده ها (در صورت وجود) برای کلیه بیماران مراجعه کننده اورژانسی از زمان آغاز فعالیت مرکز موجود می باشد.(در صورت عدم وجود تعدادی از پرونده ها و یا خلاصه پرونده ها، موارد با ذکر نوع پرونده ها و سال پرونده ها و علت آن ذکر گردد)	۵۹	
					۲	پرونده های جاری(بستری، سرپایی و اورژانس) در شرایط مطلوب(عدم آسیب دیدگی بعلت فشار یا رطوبت یا نور و ... - عدم آلودگی- کافی بودن فضای بایگانی- کافی بودن قفسه ها و قفسه بندی مناسب - دسترسی آسان از نظر محل بایگانی و ...) نگهداری می شوند.	۶۰	
					۲	خلاصه پرونده های بستری تهیه شده (فرم های اصلی پذیرش و خلاصه پرونده ، فرم های مخصوص شامل شرح عمل ، گزارش پاتولوژی ، فرمهای تخصصی شامل : شرح زایمان ، آپگارنوزاد ، گواهی فوت ، گواهی ولادت ، نمودار سطح سوختگی بیمار) در شرایط مطلوب(عدم آسیب دیدگی بعلت فشار یا رطوبت یا نور و ... - عدم آلودگی- کافی بودن فضای بایگانی- کافی بودن قفسه ها و قفسه بندی مناسب - دسترسی آسان از نظر محل بایگانی و ...) نگهداری می شوند.(بیمارستان های غیر مشمول شامل بیمارستانهای دارای فضای کافی و مراکز جدید التاسیس غ ق ا)	۶۱	
					۲	دفاتر تهیه شده مربوط به خلاصه برداری از پرونده های اورژانسی و سرپایی در شرایط مطلوب(عدم آسیب دیدگی بعلت فشار یا رطوبت یا نور و ... - عدم آلودگی- کافی بودن فضای بایگانی- کافی بودن قفسه ها و قفسه بندی مناسب - دسترسی آسان از نظر محل بایگانی و ...) نگهداری می شوند. (بیمارستان های غیر مشمول شامل بیمارستانهای دارای فضای کافی و مراکز جدید التاسیس غ ق ا)	۶۲	
					۲	پرسنل مشخصی جهت بازبایی پرونده ها تعیین شده اند و آموزش کافی در جهت چگونگی دسترسی به شماره پرونده بیمار با استفاده از HIS و یا کارت ها و دفاتر اندکس(در صورت وجود) را دریافت نموده اند.	۶۳	بازبایی پرونده
					۲	سوابق بازبایی ها توسط هر فرد در سیستم ثبت شده و امکان حذف لاگ فایل مربوطه وجود ندارد	۶۴	
					۲	سیستم قابلیت ثبت مراجعه ی هر یک از کارکنان به سرچ سوابق را دارد و امکان شناسائی و بررسی مراجعات غیر موجهه پرونده بیماران در سیستم وجود دارد.	۶۵	
					۰	چارچوب و ضوابط دسترسی پژوهشگران به مفاد پرونده ی بیماران شامل ممنوعیت دسترسی به اطلاعات بیماران بدون اخذ تاییده از کمیته های اخلاق در پژوهش دارای اعتبار نامه کمیته ملی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت رعایت می شود.	۶۶	
					۲	جهت ردیابی پرونده های قدیمی بایگانی راکد و دسترسی به یک اندکس سیستمی مطمئن، اطلاعات مربوط به شناسایی کلیه بیماران قدیمی از زمان آغاز فعالیت مرکز، شامل اقلام اطلاعاتی نام و نام خانوادگی - کد ملی - نام پدر - تاریخ تولد - شماره شناسنامه - ادرس و محل سکونت - شناسنامه الکترونیک بیمار و شماره پرونده- تاریخ مراجعه - تاریخ ترخیص - بخش بستری- نام پزشک - تشخیص نهائی در سیستم HIS فعلی ثبت گردیده است.(بیمارستان های غیر مشمول غ ق ا)	۶۷	
					۲	در مراکزی که اطلاعات مربوط به شناسایی بیماران قدیمی در سیستم HIS ثبت نگردیده است، دفاتر و کارت های اندکس قدیمی مربوط به پرونده های بستری و تحت نظر از زمان ابتدای فعالیت مرکز تا زمان راه اندازی سیستم HIS مرکز موجود است(در مراکزی که سنجه قبل را انجام داده اند با توجه به امتیاز اخذ شده، امتیاز این سنجه نیز تعلق می گیرد)(بیمارستان های غیر مشمول غ ق ا)	۶۸	
					۲	تمامی اندکس های کاغذی شامل فهرست بیماران پذیرش شده، دفاتر پذیرش قدیمی و کارت های اندکس قدیمی بطور مطلوب(پاکیزه و قابل شناسایی و مراجعه سریع) نگهداری می شوند.(از بیمارستان های قدیمی که دفاتر و کارتهای قدیمی را نگهداری نکرده اند، امتیاز کسر می گردد)(بیمارستان های غیر مشمول غ ق ا)	۶۹	
					۲	در ساعات فعالیت واحد، بنا به درخواست بخش ها/ واحد ها و یا افراد متقاضی، پرونده های پزشکی ظرف کمتر از ۱۰ دقیقه از زمان درخواست در اختیار واحد / فرد درخواست کننده قرار می گیرد و فرایند مربوطه نیز تهیه شده است.(مشاهده فرایند مربوطه و درخواست ۱ مورد پرونده قدیمی و ۱ مورد پرونده جدید)	۷۰	
					۲	امکان بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانس در تمام ساعات شبانه روز و ایام تعطیل	۷۱	
					۲	فرایند پیگیری و احیاء اطلاعات پرونده های مفقود شده و آسیب دیده وجود دارد.	۷۲	اجاء پیگیری و احیاء اطلاعات مفقود شده
					۰	در صورت وجود پرونده های مفقود شده و آسیب دیده مستندات پیگیری از طریق طرح در کمیته ی مدیریت اطلاعات سلامت و بررسی روند موجود می باشد.(در صورت عدم وجود غ ق ا)	۷۳	

					۲	مستندات دسترسی به پرونده های مفقودی و یا بازیابی و ترمیم پرونده های غیر قابل دسترس وجود دارد.(تشکیل پرونده المثنی، تشکیل فرم های المثنی، تهیه گزارش و ...)(در صورت عدم وجود غ ق ا)	۷۴	
					۲	روش اجرایی "ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت" تدوین شده است.	۷۵	ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت
					۲	افراد مجاز به درخواست اصل پرونده در داخل مرکز و مراجع برون سازمانی(مطابق دستورالعمل کشوری ارائه اطلاعات و پرونده پزشکی بیمار) ، مشخص شده است.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۷۶	
					۲	روش های ثبت و کنترل خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت شامل فرم درخواست تهیه شده و یا مکاتبه رسمی و یا درخواست از طریق سیستم، مشخص شده است.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۷۷	
					۲	تمامی درخواست های درون سازمانی از طریق فرم درخواست کاغذی تدوین شده و تمامی درخواست های برون سازمانی از طریق مکاتبه رسمی و تمامی درخواست های شخصی بیماران از طریق برگ درخواست شخصی شامل نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده انجام می گردد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۷۸	
					۲	ثبت درخواست پرونده در دفتر مخصوص و یا HIS و یا فایل کامپیوتری تهیه شده صورت می گیرد و عودت پرونده ها نیز ثبت می گردد بصورتی که امکان ردیابی پرونده در هر لحظه وجود دارد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۷۹	
					۲	از کارت جایگزین و راهنمای خروج به منظور جایگزینی پرونده هایی که از بایگانی خارج می شوند، استفاده می شود.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۸۰	
					۲	تمامی درخواست ها به کارت جایگزین و راهنمای خروج ضمیمه می شود و بعد از عودت پرونده ها، درون پرونده نگهداری می شود.(مطابق دستورالعمل پیشگفت)(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۸۱	
					۲	پیگیری های لازم جهت بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی (درخواست های درون سازمانی)، مطابق دستورالعمل پیشگفت، بصورت ماهیانه انجام می پذیرد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده بازه ی زمانی حداکثر یک هفته)	۸۲	
					۲	امکان گزارشگیری از درخواستهای اصل پرونده بصورت بازه زمانی و یا شماره پرونده و ... وجود دارد.(اخذ گزارش)	۸۳	
					۲	تمامی درخواست های درون سازمانی از طریق فرم درخواست کاغذی تدوین شده و تمامی درخواست های برون سازمانی از طریق مکاتبه رسمی و تمامی درخواست های شخصی بیماران از طریق برگ درخواست شخصی شامل نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده انجام می گردد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۸۴	
					۲	در روش اجرایی، فرایند پیگیری تا بازگشت تمامی پرونده ها(شامل پرونده های تحویل نشده) مشخص می باشد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده)	۸۵	دسترسی به اطلاعات درخواست ها
					۲	در جهت دسترسی به آمار درخواستهای انجام شده از اطلاعات پرونده ها، ثبت تمامی درخواستها بصورت دفتر و یا فایل کامپیوتری و یا ثبت در HIS و یا ثبت در MIS وجود دارد.(نوع ثبت ذکر گردد)(مشاهده فایل یا دفتر و یا..)	۸۶	
					۲	اطلاعات مربوط به واحد/ اداره/ فرد خواست کننده، زمان درخواست، نوع نیاز، نوع اطلاعات درخواستی، زمان عودت و ... ثبت می گردد.(مشاهده فایل یا دفتر و یا..)	۸۷	
					۲	کنترل مستمر و حداقل ماهیانه سیستم ثبت کاغذی/ الکترونیک خروج پرونده توسط کارشناس بخش مدیریت اطلاعات سلامت برای عودت به موقع پرونده های تحویلی به بخش ها/ واحدها (اصل پرونده) صورت می پذیرد.	۸۸	
					۲	گزارشات مربوط به تعداد درخواست به تفکیک انواع نیازها، مدت زمان بعد از ترخیص، سن بیمار، نوع بیماری، نوع حادثه، درخواست کننده و ... در زمان نیاز در دسترس می باشد.(اخذ یک گزارش)	۸۹	
					۲	کارکنان مرتبط از فرایند موجود آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.(سئوال از پرسنل مربوطه)	۹۰	
					۲	تمامی دستورالعمل ها و مجوزهای صادر شده توسط سازمان اسناد ملی ، وزارت متبوع و دانشگاه در دسترس واحد مدیریت اطلاعات سلامت می باشد و کارکنان مربوطه از آن اطلاع دارند(بصورت یک پکیج منظم و به ترتیب زمان ابلاغ)(مشاهده)	۹۱	خلاصه و برداری و

					۲	تمامی پرونده های بستری قدیمی مرکز بر اساس نوع پرونده(عادی، تصادفی و ...) و زمانبند های ابلاغی (۵/۱۱/۹۲ شماره ۰۵۷۳/۱۰۱) ، خلاصه برداری و امحاء شده اند (ثبت در سیستم برای خلاصه برداری حذف گردیده است) . و فرایند امحاء این پرونده ها بروز می باشد.(مشاهده مستندات امحاء و خلاصه پرونده ها)(در صورتیکه کلیه پرونده های مشمول امحاء ، امحاء گردیده است و یا در حال خلاصه برداری و انجام مکاتبات مربوط به امحا می باشد ، فرآیند بروز است) (بیمارستانهای غیر مشمول (بیمارستان جدید التاسیس) غ ق ا)
					۲	خلاصه برداری از پرونده های بستری بر اساس دستورالعمل ابلاغی می باشد.(بیمارستانهای غیر مشمول (بیمارستان جدید التاسیس) غ ق ا)
					۲	کلیه مستندات قانونی مربوط به پرونده های بستری امحاء شده(به تفکیک هر مورد امحاء) وجود دارد(شامل صورتجلسه ها، مکاتبات و مجوزهای اخذ شده و همچنین صورتجلسه تحویل اسناد به نماینده سازمان اسناد ملی)(بیمارستانهای غیر مشمول (بیمارستان جدید التاسیس) غ ق ا)
					۲	تمامی پرونده های تخت نظر قدیمی مرکز بر اساس نوع پرونده(عادی، مسئله دار) و زمانبند های ابلاغی(۵/۱۱/۹۲ شماره ۰۵۷۳/۱۰۱) ، خلاصه برداری و امحاء شده اند و فرایند امحاء این پرونده ها بروز می باشد.(مشاهده مستندات امحاء و خلاصه پرونده ها)(در صورتیکه کلیه پرونده های مشمول امحاء ، امحاء گردیده است و یا در حال خلاصه برداری و انجام مکاتبات مربوط به امحا می باشد ، فرآیند بروز است.
					۲	خلاصه برداری از پرونده های تحت نظر اورژانس بر اساس دستورالعمل ابلاغی شامل دفاتر خلاصه برداری جدید ، یا دفاتر بخش اورژانس و با اسکن پرونده در قالب برنامه his بیمارستان می باشد.
					۰	کلیه مستندات قانونی مربوط به فرایند امحاء(به تفکیک هر مورد امحاء) وجود دارد(شامل صورتجلسه ها، مکاتبات و مجوزهای اخذ شده و همچنین صورتجلسه تحویل اسناد به نماینده سازمان اسناد ملی)
					۲	تمامی پرونده های سرپایی مشمول امحاء مرکز بر اساس زمانبند های ابلاغی(مجوز شماره ۵۴۸۲/۱۵۶/۲۶ مورخ ۱۳/۱۱/۹۷ سازمان اسناد و کتابخانه ملی - ۳ سال و حذف شرط خلاصه برداری پرونده سرپایی)، امحاء شده اند و فرایند امحاء این پرونده ها بروز می باشد.(مشاهده مستندات امحاء)
					۲	خلاصه برداری از پرونده های سرپایی قدیمی مشمول امحاء (قبل از ابلاغ مجوز شماره ۵۴۸۲/۱۵۶/۲۶ مورخ ۱۳/۱۱/۹۷ سازمان اسناد و کتابخانه ملی) ، بصورت اسکن پرونده در قالب برنامه HIS بیمارستان انجام شده است .
					۰	کلیه مستندات قانونی مربوط به فرایند امحاء(به تفکیک هر مورد امحاء) وجود دارد(شامل صورتجلسه ها، مکاتبات و مجوزهای اخذ شده و همچنین صورتجلسه تحویل اسناد به نماینده سازمان اسناد ملی)(بیمارستانهای غیر مشمول غ ق ا)
					۲	تمامی پرونده های سرپایی اورژانس (تریاژ سطح ۴ و ۵) (مجوز شماره ۵۴۵۰/۱۰۱/۲۴۵۰ د مورخ ۱۲/۰۸/۹۷) امحاء گردیده است . (پرونده هایی که بصورت فرم الکترونیکی در HIS موجود است و یک سال از تشکیل پرونده گذشته باشد) .
					۲	خلاصه برداری از تمامی پرونده های سرپایی اورژانس قدیمی (سطح ۴ و ۵) که اطلاعات آنها در HIS بیمارستان موجود نیست (فرم الکترونیکی نشده است) ، بصورت اسکن در قالب HIS مرکز موجود می باشد .
					۲	کلیه مستندات قانونی مربوط به فرایند امحاء(به تفکیک هر مورد امحاء) وجود دارد(شامل صورتجلسه ها، مکاتبات و مجوزهای اخذ شده و همچنین صورتجلسه تحویل اسناد به نماینده سازمان اسناد ملی)
					۲	سایر اسناد بالینی (فرم دیالیز ، کارت اندکس قدیمی ، فرم های آمار روزانه ، پرونده های دندانپزشکی ،دفاتر بخش ها سوپروایزر و ..) بر اساس زمانبندی ابلاغی (مجوزهای سازمان اسناد ملی خلاصه برداری و به روز امحا می گردد.
					۲	کلیه ی مستندات قانونی موارد فوق الذکر به تفکیک هر مورد امحا وجود دارد.
					۲	خلاصه برداری از پرونده های فوق الذکر براساس دستورالعمل و مجوزهای ابلاغی انجام گردیده است .
					۲	روش اجرایی " کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها/واحدها و همچنین شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار درون سازمانی و برون سازمانی " با رعایت حد اقل های مورد انتظار و مشارکت صاحبان فرایند تدوین گردیده است.
					۲	امکان ردیابی و تعیین محل دقیق پرونده از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی وجود دارد.

معیارهای
شرایط و

مطابقت پرونده های ورودی با بیمار پذیرش شده	۱۰۹	آیتم های ثبت درخواست پرونده حداقل شامل شماره پرونده ، نام بیمار ، نام درخواست کننده ، علت درخواست پرونده ، نام فرد تحویل دهنده پرونده ، نام فرد تحویل گیرنده پرونده ، تاریخ درخواست ، تاریخ واگذاری پرونده ، تاریخ عودت پرونده می باشد.	۲				
	۱۱۰	فهرست بیماران پذیرش شده با فهرست پرونده های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان تطابق دارد .	۲				
	۱۱۱	بر اساس روش اجرایی تدوین شده، شرایط دسترسی به اطلاعات پرونده های بیماران شامل اطلاعات ثبت در فرمهای پرونده(کاغذی و اسکن شده) مطابق با دستورالعمل کشوری ارایه اطلاعات و پرونده بیمار تعیین گردیده است(موضوع نامه شماره ۲۵۶۰۹/۴۰۰د مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۱۵)	۲				
	۱۱۲	بر اساس روش اجرایی تدوین شده، شرایط دسترسی به اطلاعات پرونده های بیماران شامل اطلاعات ثبت شده در HIS ، مطابق با دستورالعمل ابلاغ شده، تعیین گردیده است.	۲				
	۱۱۳	در صورت درخواست کتبی بیماران و یا نمایندگان قانونی بیماران ترخیص شده(بستری و سرپایی) ، تصویر یا کپی کلیه اوراق پرونده به همراه تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی و اصل تمامی کلیشه ها و گرافی ها ، مطابق با دستورالعمل پیشگفت، تحویل می گردد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده پیشگفت و چند درخواست ارائه شده از طرف بیماران)	۲				
	۱۱۴	یک نسخه ی خوانا از برگ خلاصه پرونده در زمان ترخیص کلیه بیماران مطابق با دستورالعمل پیشگفت تحویل بیمار و یا نمایندگان قانونی بیمار می گردد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده پیشگفت مشاهده حد اقل ۵ پرونده بستری و اطمینان از وجود نسخه کاربرنی خوانا در پرونده)	۲				
	۱۱۵	در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار و یا مرگ مشکوک در حین بستری گردد، نسخه ایمن پرونده بیمار با رعایت شرایط مذکور در دستورالعمل پیشگفت تهیه و در محل امن نگهداری می گردد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده پیشگفت و سؤال از مسئول واحد)	۲				
	۱۱۶	اصل پرونده بیماران فوتی و بیماران اعزام شده و پرونده های نقص پزشکی پس از تحویل به واحد مدیریت اطلاعات سلامت، مطابق با دستورالعمل پیشگفت به هیچ عنوان مجدداً به بخش مربوطه ارسال نمی گردد(مشاهده روش اجرایی تدوین شده پیشگفت و سؤال از مسئول واحد)	۲				
	۱۱۷	جهت انتقال پرونده های بیماران(بستری، اورژانس و سرپایی) در بین بخش های مختلف، از افراد معین و قابل اعتماد استفاده می گردد. و پرونده توسط همراهان بیماران از بخش ها خارج نمی گردد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده پیشگفت و سؤال از مسئول واحد)	۲				
	۱۱۸	برگ شماری پرونده ها در زمانی که کل پرونده (اصل و یا کپی) مورد درخواست برون سازمانی قرار می گیرد، مطابق با دستورالعمل پیشگفت انجام می پذیرد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده پیشگفت و مشاهده چند مورد پرونده درخواست شده)	۲				
	۱۱۹	برگ شماری پرونده ها با استفاده مهر مخصوص واحد مدیریت اطلاعات سلامت انجام می پذیرد.(مشاهده روش اجرایی تدوین شده پیشگفت و مشاهده چند مورد پرونده درخواست شده و مهر مربوطه)	۲				
	۱۲۰	کارکنان مربوطه به دستورالعمل کشوری و روش اجرایی دسترسی دارند.	۲				
	۱۲۱	کارکنان مربوطه از روش اجرایی آگاهی و اطلاع دارند و دقیقاً بر اساس آن عمل می نمایند.	۲				
	۱۲۲	فهرست بیماران بستری و تحت نظر پذیرش شده در بیمارستان جهت نگهداری به عنوان ایندکس اصلی بیمار بصورت دائمی و مطلوب (شامل اقلام اطلاعاتی نام و نام خانوادگی، کدملی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، آدرس سکونت، شنایه الکترونیک و شماره پرونده، تاریخ مراجعه، تاریخ ترخیص، بخش بستری، نام پزشک، تشخیص نهایی) در واحد موجود می باشد.(ضمن دسترسی به اطلاعات بیماران بستری در HIS وجود پرینت از بیماران بستری در HIS به تفکیک ماهیانه موجود می باشد)	۲				
	۱۲۳	کنترل فهرست بیماران پذیرش شده بستری و تحت نظر با پرونده های ورودی به واحد بصورت دستی و یا الکترونیک بطور دقیق انجام می گیرد.	۲				
	۱۲۴	پرونده های بستری و تحت نظر تحویل نشده به واحد، در فهرست های ماهیانه مشخص می گردد.(مشاهده مستندات)	۲				
	۱۲۵	پیگیری پرونده های بستری و تحت نظر تحویل نشده به واحد (تا تعیین تکلیف قطعی)، انجام می گردد(گزارشات و صورتجلسه های کمیته مدیریت اطلاعات سلامت)	۲				
	۱۲۶	تمامی پرونده های بستری با تاخیرحداکثر ۲ ماهه تحویل واحد می گردد و یا تعیین تکلیف قطعی توسط مسئولین مرکز می گردد.(مشاهده فهرست های ۲ ماه قبل)	۲				
	۱۲۷	تمامی پرونده های تحت نظر با تاخیرحداکثر ۱۰ روزه تحویل واحد می گردد و یا تعیین تکلیف قطعی توسط مسئولین مرکز می گردد.(مشاهده فهرست های مربوط به قبل از ۱۰ روز گذشته)	۲				

					۲	به منظور پیشگیری از تشابه نام بیماران، نام پدر، کد ملی و تاریخ مراجعه بیمار در سیستم HIS، فهرست بیماران پذیرش شده و پرونده ها ثبت می گردد.(فهرست بیماران پذیرش شده در سیستم HIS و دفتر پذیرش قدیمی بعنوان ایندکس اصلی، بصورت دائمی و مطلوب نگهداری میگردد) (مشاهده فرم پذیرش بیماران بستری و تحت نظر و همچنین فهرست های تهیه شده از سیستم برای بیماران پذیرش شده بستری و تحت نظر)
تکمیل اطلاعات پرونده (اصل فرمها - تکمیل تمام عناصر اطلاعاتی)	۱۲۹	تمام فرمهای بالینی پرونده بیمار به غیر از فرم اعزام بیماراصل می باشد و هیچ فرمی بصورت کپی و یا نسخه کاربندی در پرونده ها قرار ندارد.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده جدید مربوط به ۶ ماه گذشته)(مطابق دستورالعمل مستند سازی پرونده ابلاغی به شماره ۱۵۳۹۴/د ۴۰۹ مورخ ۱۵/۰۶/۱۳۹۶)	۲			
	۱۳۰	تمام فیلدهای اطلاعاتی فرم خلاصه پرونده بصورت خوانا و واضح تکمیل شده است.(مطابق دستورالعمل مستند سازی پرونده ابلاغی به شماره ۱۵۳۹۴/د ۴۰۹ مورخ ۱۵/۰۶/۱۳۹۶)	۲			
	۱۳۱	تمامی فرمهای ضروری (اصلی، مخصوص و تخصصی) با توجه به نوع تشخیص ها و اقدامات صورت گرفته در پرونده موجود می باشد(ملاحظه حداقل ۵ پرونده جدید مربوط به ۶ ماه گذشته)	۲			
	۱۳۲	تمامی عناصر اطلاعاتی موجود در فرم ها بطور کامل تکمیل شده است.(مطابق دستورالعمل ابلاغی). (ملاحظه حداقل ۵ پرونده جدید مربوط به ۶ ماه گذشته)	۲			
	۱۳۳	تمام اطلاعات و گزارشات ثبت شده در فرمهای پرونده، دارای تاریخ و ساعت می باشد.(مطابق دستورالعمل ابلاغی)	۲			
	۱۳۴	تمام اطلاعات و گزارشات ثبت شده در فرمهای پرونده، دارای نام و نام خانوادگی و سمت ثبت کننده می باشد.(مطابق دستورالعمل ابلاغی)	۲			
	۱۳۵	تمام اطلاعات و گزارشات ثبت شده در فرمهای پرونده، دارای مهر و امضاء ثبت کننده می باشد(مطابق دستورالعمل ابلاغی).	۲			
	۱۳۶	تمام اطلاعات و گزارشات ثبت شده در فرمهای پرونده بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی می باشد.(مطابق دستورالعمل ابلاغی)	۲			
	۱۳۷	در صورت وجود ثبت های اشتباه، اصول مستند سازی در اصلاح ثبتیات رعایت شده است.(مطابق دستورالعمل ابلاغی)	۲			
	۱۳۸	تشخیص نهایی در فرم پذیرش توسط پزشک معالج بیمار ثبت شده است.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده جدید مربوط به ۶ ماه گذشته)	۲			
تکمیل اطلاعات پرونده (زبان ثبت اطلاعات)	۱۳۹	علاوه بر فرم پذیرش، تشخیص نهایی در فرم خلاصه پرونده نیز توسط پزشک معالج بیمار ثبت شده است.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده جدید مربوط به ۶ ماه گذشته)	۲			
	۱۴۰	هر دو فرم توسط پزشک معالج مهر و امضاء شده است.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده جدید مربوط به ۶ ماه گذشته)	۲			
	۱۴۱	تشخیص نهایی در فرم های پذیرش و خلاصه پرونده عیناً و بطور کامل ثبت شده است.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده جدید مربوط به ۶ ماه گذشته)	۲			
	۱۴۲	تمامی گزارش های پزشکی به زبان فارسی یا انگلیسی (حداقل شامل شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره ها) ثبت می شود.	۲			
	۱۴۳	حداقل عناصر تشخیص نهایی، اقدام درمانی، عوارض و پیامدها، علت خارجی بیماری و صدمه و علت فوت در پرونده ها به زبان انگلیسی ثبت شده است.	۲			
	۱۴۴	مشخصات دموگرافیک بیمار(جمعیت شناختی) در فرم شرح حال ثبت می شود.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده)	۲			
تکمیل اطلاعات پرونده (شرح حال)	۱۴۵	شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری های قبلی و سوابق فامیلی در فرم شرح حال ثبت می شود(ملاحظه حداقل ۵ پرونده)	۲			
	۱۴۶	داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی در فرم شرح حال ثبت می شود.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده)	۲			
	۱۴۷	معاینات بدنی و بررسیهای بالینی، نتایج معاینات بالینی در فرم شرح حال ثبت می شود.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده)	۲			
	۱۴۸	تشخیص اولیه یا افتراقی، و طرح درمان در فرم شرح حال ثبت می شود.(ملاحظه حداقل ۵ پرونده)	۲			
	۱۴۹	چک لیست ممیزی محتوایی بررسی پرونده های پزشکی توسط کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان تهیه شده است.(ملاحظه چک لیست و صورتجلسه کمیته)	۲			
تدوین چک لیست بازبینی پرونده -	۱۵۰	چک لیست شامل بررسی محتوایی تمامی فرم های پرونده می باشد(شامل فرم های بالینی ابلاغی و استاندارد های اعتباربخشی)	۲			
	۱۵۱	چک لیست حداقل شامل ارزیابی این موارد می باشد(خوانا بودن تمامی اوراق پرونده - کامل بودن محتویات کلیه فرم های پرونده - رعایت اصول مستندسازی (وجود تاریخ، ساعت، مهر و امضاء، نام و نام خانوادگی و سمت ثبت کننده اطلاعات، روش اصلاح خط خوردگیها و اشتباهات زمان ثبت گزارشات) - اصل بودن فرم های بالینی)	۲			

	۱۵۲	نقایص احتمالی چک لیست توسط نمایندگان تخصص های مختلف بررسی و مجددا در کمیته مطرح و برطرف می گردد.(در صورت ویرایش چک لیست صورتجلسه کمیته وجود دارد)	۲					
	۱۵۳	کارکنان بالینی مربوطه(مستند سازان مجاز پرونده) از وجود چک لیست و اهمیت کاربرد آن آگاهی دارند(چک لیست توسط ریاست مرکز به بخشهای مربوطه با تاکید بر اهمیت رفع نقص پرونده ها ابلاغ شده است)	۲					
بازبینی پرونده-بازبینی منشی بخش	۱۵۴	چک لیست به اندازه کافی در اختیار تمامی بخش ها ی مربوطه قرار گرفته است.(مراجعه و سؤال از منشی های چند بخش)	۲					
	۱۵۵	درطراحی چک لیست محل مخصوص بازبینی تمام فرم های پرونده توسط منشی بخش، محل امضای منشی بخش، تاریخ بازبینی، ثبت نواقص پرونده، تاریخ بازبینی مجدد و امضای مجدد درنظر گرفته شده است.	۲					
	۱۵۶	در تمامی پرونده های جدید چک لیست های تکمیل شده توسط منشی بخش به همراه امضای منشی و تاریخ بازبینی وجود دارد.(حد اقل ۵ پرونده جدید ملاحظه گردد)	۲					
	۱۵۷	نواقص پرونده های ناقص قبل از ارسال پرونده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت، توسط منشی مشخص شده و با درج در محل مخصوص به فرد مستند ساز مجاز اطلاع رسانی گردیده است.(ملاحظه چک لیست)	۲					
	۱۵۸	چک مجدد پرونده توسط منشی انجام شده است و تاریخ بازبینی مجدد و امضای مجدد در محل مربوطه ثبت گردیده است.(ملاحظه چک لیست)	۲					
	۱۵۹	روش اجرایی مطابق با حداقل های مورد نیاز و بر اساس مصوبه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت موجود می باشد.	۲					
درونی پرونده سازماندهی	۱۶۰	صورتجلسه کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان در خصوص ترتیب محتویات پرونده بیمار در بخش بستری موجود می باشد.	۲					
	۱۶۱	کارکنان مربوطه از روش اجرایی آگاهی دارند و بر اساس آن اقدام می نمایند.	۲					
	۱۶۲	درطراحی چک لیست محل مخصوص بازبینی تمام فرم های پرونده توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت، محل امضای کارشناس مسئول بازبینی، تاریخ بازبینی، محل ثبت نواقص، تاریخ بازبینی مجدد و محل امضای مجدد درنظر گرفته شده است..(ملاحظه چک لیست)	۲					
بازبینی پرونده توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت	۱۶۳	در تمامی پرونده های جدید چک لیست های تکمیل شده توسط کارشناس بخش به همراه امضای کارشناس و تاریخ بازبینی وجود دارد.(حد اقل ۵ پرونده جدید ملاحظه گردد)	۲					
	۱۶۴	نواقص پرونده های ناقص قبل از بایگانی مشخص شده و با درج در محل مخصوص به بخش مربوطه اطلاع رسانی گردیده است. و پیگیری های لازم نیز انجام می گردد.(ملاحظه چک لیست و مستندات)	۲					
	۱۶۵	جهت کسب اطمینان از صحت عملکرد بازبینی پرونده ها، بازنگری مجدد پرونده پس از رفع نقص انجام میگردد و تاریخ بازبینی مجدد ثبت و امضا می گردد.	۲					
	۱۶۶	تدابیر لازم به منظور اطمینان از الصاق گزارش های تأخیری از جمله گزارش پاتولوژی پس از ترخیص به پرونده کاغذی بیمار اتخاذ شده است	۲					
	۱۶۷	بررسی کمی پرونده ها توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت با استفاده از چک لیست های تایید شده انجام می گردد. تحلیل کمی(تعیین کاستی های پرونده از لحاظ تعداد گزارشات لازم- تعیین عناصر اطلاعاتی نانوشته در فرم های پرونده- تعیین گزارشات فاقد امضا- تعیین گزارشات فاقد تاریخ و زمان - توسط کارکنان مدیریت اطلاعات سلامت انجام می شود)	۲					
	۱۶۸	بررسی کیفی پرونده ها (از جمله درستی و صحت اطلاعات ثبت شده، همخوانی اطلاعات ثبت شده، به موقع بودن ثبت اطلاعات ، دقیق بودن و کافی بودن اطلاعات و ...) مطابق با مصادیق کنترل کیفی ذکر شده در سنج اعتباربخشی ۵-۶ در قالب تیم کنترل کیفی مستندات در کمیته ی مدیریت اطلاعات سلامت با مشارکت گروه های بالینی و مدیریت اطلاعات انجام می شود.	۲					
بازبینی پرونده-رفع نقص در ۱۴ روز	۱۶۹	پایش مستمر و بازخورد موارد ناقص به افراد و گروههای سهام در ثبت اطلاعات در پرونده صورت می پذیرد.	۲					
	۱۷۰	مشارکت فعال سرپرستاران و پزشکان بخش های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده های پزشکی حداکثر تا ۱۴ روز پس از ترخیص وجود دارد.(مشاهده مستندات و نظر مسئول واحد)	۲					
	۱۷۱	در هنگام بازبینی مجدد پرونده های ناقص، مطابقت تاریخ بازبینی و تاریخ رفع نقص با تاریخ ترخیص بیمار انجام می گردد. و اطلاعات مورد نیاز استخراج می گردد.	۲					
	۱۷۲	با توجه به اطلاعات استخراج شده، تکمیل پرونده های ناقص حداکثر تا ۱۴ روز پس از ترخیص انجام می شود.	۲					
	۱۷۳	در زمان اعزام بیمار به سایر مراکز، پزشک معالج گزارش اقدامات انجام شده را در فرم اعزام بصورت خوانا و کامل ثبت نموده است و مهو به مهر و امضاء اصل پزشک معالج می باشد .	۲					
	اعزام فرم							

طراحی و پروژسازنی فرم های بیمارستانی	۱۷۴	اصل فرم اعزام به بیمارستان مقصد ارسال می شود.بایگانی کپی فرم اعزام داخل پرونده بیمار صورت می گیرد.	۲					
	۱۷۵	امضاء و مهر اصل پزشک معالج برروی کپی فرم اعزام موجود می باشد (مشاهده چند پرونده از بیماران انتقالی بصورت تصادفی)	۲					
	۱۷۶	آخرین ویرایش فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی ابلاغ شده توسط وزارت متبوع، در دسترس و اختیار واحد مدیریت اطلاعات سلامت و واحد های مرتبط می باشد.	۲					
	۱۷۷	برای تمامی فرم های جدید موجود در پرونده بیماران که براساس استاندارد های اعتباربخشی و یا نیاز مرکز طرحی گردیده است(فرم آموزش به بیمار، فرم رضایت آگاهانه و ...)، مستندات مربوط به تاییدکمیته مدیریت اطلاعات سلامت وجود دارد. (باستثناء ۱۸ فرم اصلی، ۹ فرم بلوک زایمان، ۲ فرم ارزیابی تغذیه ای، ۲ فرم عملیات احیاء و ۳ فرم شیت های بخش ویژه (ICU)	۲					
	۱۷۸	فرمها با حداقل های موجود دراستانداردهای اعتباربخشی و کلیات طراحی فرم های پرونده مطابقت دارند.	۲					
	۱۷۹	بیمارستان برای ۱۸ برگ استاندارد ابلاغی " فرم های اصلی " از رنگبندی تعیین شده توسط معاونت درمان دانشگاه استفاده می نماید.	۲					
	۱۸۰	بیمارستان برای ۹ برگ استاندارد ابلاغی "بلوک زایمان" از رنگبندی تعیین شده توسط معاونت درمان دانشگاه استفاده می نماید.	۲					
	۱۸۱	بیمارستان برای فرم های استاندارد ابلاغی "ارزیابی و پی گیری وضعیت تغذیه" از رنگبندی تعیین شده توسط معاونت درمان دانشگاه استفاده می کند.	۲					
	۱۸۲	بیمارستان برای فرم های استاندارد ابلاغی "ثبت و نظارت بر عملیات احیاء" از رنگبندی تعیین شده توسط معاونت درمان دانشگاه استفاده می کند	۲					
	۱۸۳	بیمارستان از فرم های استاندارد ابلاغی "شیت های بخش های ICU" بصورت استاندارد و با رنگ های ابلاغ شده استفاده می کند.	۲					
	۱۸۴	بیمارستان از فرم های استاندارد ابلاغی "فرم های مددکاری" بصورت استاندارد و با رنگ های ابلاغ شده استفاده می کند.	۲					
	۱۸۵	بیمارستان از فرم های استاندارد ابلاغی "فرم های ارزیابی اولیه پرستاری" بصورت استاندارد و با رنگ های ابلاغ شده استفاده می کند.	۲					
	۱۸۶	بیمارستان از فرم های استاندارد ابلاغی "تریازو پرونده ی اورژانس" بصورت استاندارد استفاده می کند.	۲					
	۱۸۷	بیمارستان از فرم های استاندارد ابلاغی "سرپائی درمانگاه" بصورت استاندارد استفاده می کند.	۲					
	۱۸۸	ثبت اطلاعات بیماران ارجاعی از سطح یک درمان و نیز پس خوراند اطلاعات درمان به سطح یک در قالب حداقل اقلام اطلاعاتی تعیین شده انجام می شود.	۲					
	۱۸۹	ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرمهای ابلاغی (پرونده های بیماران بستری، تریاز و پرونده اورژانس، مراقبت مادر و نوزاد در بلوک زایمان، مراقبت ویژه در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان، کودکان و نوزادان، ارزیابی اولیه پرستار، تغذیه و رژیم درمانی بیماران بستری و خدمات مددکاری) دارای شناسه کشوری صورت می پذیرد.	۲					
	۱۹۰	صورتهجلسات کمیته به تفکیک ماهیانه موجود می باشد. (ملاحظه صورتهجلسات یک سال گذشته و مصاحبه با اعضای کمیته در خصوص برگزاری ماهیانه جلسات کمیته).(حداقل یکبار در ماه)	۲					
	۱۹۱	صورتهجلسات و تصمیمات اتخاذ شده در کمیته در اسرع وقت به مسئولین واحد های مرتبط اطلاع رسانی و اجرای مصوبات پیگیری می گردد.	۲					
	۱۹۲	یک نسخه از تمامی صورتهجلسات کمیته جهت نظارت بر پیگیری مصوبات این کمیته به واحد بهبود کیفیت ارسال می شود.	۲					
بررسی مشکلات واحد ها در خصوص HIS در کمیته	۱۹۳	با توجه به صورتهجلسات کمیته، مشکلات و نیازهای بخش ها یا واحدها و رفع نیاز های اطلاعاتی و عناصر داده ای مربوط به سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی و ... مورد بحث قرار گرفته و نسبت به رفع آنها تصمیمات لازم اتخاذ شده است.(ملاحظه صورتهجلسات)	۲					
	۱۹۴	مستندات لازم درخصوص پیگیری و اجرای کامل تصمیمات اتخاذ شده در کمیته موجود می باشد(ملاحظه صورتهجلسات بعدی و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت و مسئول فناوری اطلاعات)	۲					
	۱۹۵	در موارد فنی، مسئول فناوری اطلاعات بیمارستان، بعنوان مسئول پیگیری مشکلات و نیازها تعیین شده است.(ملاحظه صورتهجلسات)	۲					

تشکیل کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

اطلاعات سلامت در کمیته	بررسی تکمیل فرمها، ایجاد فرمهای جدید و مشکلات واحد مدیریت	۱۹۶	با توجه به صورتجلسات موجود، بررسی پرونده ها از نظر تکمیل صحیح و کامل فرمهای بالینی پرونده ها ، مستند سازی پرونده ها و رفع نقص پرونده ، پیگیری پرونده های مفقودی ، پرونده های تحویل نشده به واحد و رفع نواقص پرونده ها ، در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان انجام می گرددو راهکار قانونی و قابل اجرا ارائه شده است .(ملاحظه صورتجلسات ۱۲ ماه گذشته)	۲					
		۱۹۷	با توجه به صورتجلسات موجود، مشکلات واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضا، نیروی انسانی ، تجهیزات ، مشکلات فرایندی و ...) ، بصورت مستمر و دقیق مورد بحث قرار گرفته است و راهکارهای قانونی و قابل اجرا ارائه شده است.(ملاحظه صورتجلسات ۱۲ ماه گذشته)	۲					
		۱۹۸	با توجه به صورتجلسات موجود، استفاده از هرگونه فرم های بیمارستانی جدید در پرونده (به غیر از فرم های ابلاغی وزارتی)، به تایید این کمیته رسیده است.(ملاحظه صورتجلسه مربوطه)	۲					
		۱۹۹	مستندات لازم درخصوص پیگیری و اجرای کامل تصمیمات اتخاذ شده در کمیته موجود می باشد(ملاحظه صورتجلسات بعدی و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت)	۲					
		۲۰۰	برای کلیه مراجعین بستری، اورژانس و سرپایی پرونده تشکیل می شود.	۲					
تشکیل پرونده(تشکیل پرونده - شماره اختصاصی و انطباق مقررات دسترسی)		۲۰۱	به هر بیمار بستری یک شناسه ی منحصر به فرد و قابل بازایی در کلیه ی مراجعات اختصاص می یابد.	۲					
		۲۰۲	کنترل و اصلاح موارد اختصاص شناسه های متعدد به یک بیمار بستری در سامانه ی اطلاعات بیمارستان امکان پذیر می باشد .	۲					
		۲۰۳	هوشمندی و عدم امکان پذیرش یک بیمار در دو مراجعه و قابلیت ارائه ی یادآور در مواردی که بیمار بستری مراجعه ی قلبی در سامانه ی اطلاعات بیمارستان دارد.	۲					
		۲۰۴	به هر بیمار سرپائی یک شناسه ی منحصر به فرد و قابل بازایی در کلیه ی مراجعات اختصاص می یابد.	۲					
		۲۰۵	کنترل و اصلاح موارد اختصاص شناسه های متعدد به یک بیمار سرپائی در سامانه ی اطلاعات بیمارستان امکان پذیر می باشد .	۲					
		۲۰۶	هوشمندی و عدم امکان پذیرش یک بیمار در دو مراجعه و قابلیت ارائه ی یادآور در مواردی که بیمار سرپائی مراجعه ی قلبی در سامانه ی اطلاعات بیمارستان دارد.	۲					
		۲۰۷	بیمار بستری در مراجعات مختلف یک شماره پرونده واحد دارد و قابلیت ارائه یادآور در مواردی که بیمار مراجعه قبلی بستری داشته ، در سامانه اطلاعات بیمارستان وجود دارد و در فرم پذیرش مشخص می شود .	۲					
		۲۰۸	بیمار سرپایی در مراجعات مختلف یک شماره پرونده واحد دارد و در صورت داشتن سابقه قبلی در فرم پذیرش مشخص می گردد.	۲					
		۲۰۹	پرونده اورژانس در صورت بستری بیمار ضمیمه پرونده بستری می گردد.	۲					
		۲۱۰	اختصاص شماره پرونده درمانگاهی توسط HIS انجام می گردد (ایجاد بایگانی درمانگاهی در .HIS)	۲					
تشکیل پرونده(بازایی پرونده از طریق شماره پرونده و مشخصات)		۲۱۱	پرونده های اورژانس و سرپایی فارغ از محل نگهداری پرونده، تحت نظر واحد مدیریت اطلاعات سلامت نگهداری می گردد و با پرونده بستری از نظر شرایط دسترسی و سایر مقررات مربوطه (جنبه های قانونی، محافظت و امنیت پرونده ها، مشخص بودن سطوح دسترسی و ...) انطباق دارند.	۲					
		۲۱۲	اندکس اصلی برای بیماران قدیم(قبل از استفاده از HIS) وجود دارد(ثبت اطلاعات بیماران در HIS ، وجودکارت اندکس یا دفاتر اندکس، دفاتر پذیرش و یا دفاتر خلاصه پرونده بصورت کامل)(مشاهده دفاتر و اندکس ها)	۲					
		۲۱۳	اندکس اصلی برای بیماران جدید(بعد از استفاده از HIS) وجود دارد(باید اطلاعات هویتی بیمار بصورت کامل ثبت شده باشد)(مشاهده منوی پذیرش سیستم)	۲					
		۲۱۴	امکان بازایی سریع پرونده ها و دسترسی به سوابق مراجعه بیمار بر اساس شماره پرونده و همچنین نام ونام خانوادگی بیمار و یا تاریخ مراجعه بیمار از طریق جستجو در برنامه HIS وجود دارد..(بازایی ۱ مورد)	۲					
		۲۱۵	امکان بازایی سریع پرونده ها و دسترسی به سوابق مراجعه بیمار بر اساس نام ونام خانوادگی بیمار با استفاده از کارتها یا دفاتر اندکس برای بیمارانی که اطلاعات آنها در HIS ثبت نشده ، وجود دارد..(بازایی ۱ مورد)	۲					
		۲۱۶	امکان بازایی سریع پرونده ها و دسترسی به سوابق مراجعه بیمار بر اساس تاریخ مراجعه بیمار با استفاده از فهرست پذیرش برای بیمارانی که اطلاعات آنها در HIS ثبت نشده ، وجود دارد.(بازایی ۱ مورد)	۲					
		۲۱۷	امکان بازایی سریع پرونده ها و دسترسی به سوابق بیمار بر اساس کدملی بیمار در سامانه اطلاعات بیمارستانی فراهم است.	۲					

					۲	پایش و کاهش پرونده های فاقد کد ملی تا پایان ترخیص، در سامانه اطلاعات بیمارستانی برنامه ریزی و اقدامات اصلاحی لازم به عمل می آید.	۲۱۸	
					۲	تکمیل اطلاعات دمو گرافیک بیمار شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، و محل تولد در فرم پذیرش بستری(در قالب فیلد های مستقل) از طریق اخذ و ثبت کامل اطلاعات در HIS انجام می گردد. (مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد- خیلی مهم)	۲۱۹	تشکیل پرونده (تکمیل فرم پذیرش و سربرگ فرمها)
					۲	تکمیل اطلاعات دمو گرافیک بیمار شامل شماره شناسنامه، وضعیت تاهل در فرم پذیرش بستری(در قالب فیلد های مستقل) از طریق اخذ و ثبت کامل اطلاعات در HIS انجام می گردد. (مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد - خیلی مهم)	۲۲۰	
					۲	تکمیل اطلاعات دمو گرافیک بیمار شامل شغل، استان، شهرستان و آدرس در فرم پذیرش بستری(در قالب فیلد های مستقل) از طریق اخذ و ثبت کامل اطلاعات در HIS انجام می گردد. (مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد- خیلی مهم)	۲۲۱	
					۲	در فرم پذیرش بستری، کد ملی اخذ و تکمیل می گردد.(مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد- خیلی مهم)	۲۲۲	
					۲	تکمیل اطلاعات دمو گرافیک بیمار شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، و محل تولد در فرم پذیرش تحت نظر(در قالب فیلد های مستقل) از طریق اخذ و ثبت کامل اطلاعات در HIS انجام می گردد. (مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد- خیلی مهم)	۲۲۳	
					۲	تکمیل اطلاعات دمو گرافیک بیمار شامل شماره شناسنامه، وضعیت تاهل در فرم پذیرش تحت نظر(در قالب فیلد های مستقل) از طریق اخذ و ثبت کامل اطلاعات در HIS انجام می گردد. (مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد- خیلی مهم)	۲۲۴	
					۲	تکمیل اطلاعات دمو گرافیک بیمار شامل شغل، استان، شهرستان و آدرس در فرم پذیرش تحت نظر(در قالب فیلد های مستقل) از طریق اخذ و ثبت کامل اطلاعات در HIS انجام می گردد. (مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد - خیلی مهم)	۲۲۵	
					۲	در فرم پذیرش تحت نظر، کد ملی بیمار اخذ و تکمیل می گردد.(مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید مخصوص پرونده ی آزاد- خیلی مهم)	۲۲۶	
					۲	روش اجرایی در خصوص اخذ انواع رضایتنامه های عمومی(بستری و معالجه) و (استفاده از اطلاعات پزشکی) با در نظر گرفتن بیماران اورژانسی و زیر ۱۸ سال، برای بیماران بستری و تحت نظر اورژانس وجود دارد و بر اساس آن عمل می شود.(روش اجرایی و مصوبه کمیته ملاحظه گردد)	۲۲۷	
					۲	رضایتنامه های عمومی بستری و معالجه مطابق روش اجرایی در هنگام پذیرش از تمامی بیماران بستری اخذ می گردد.(مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید - خیلی مهم)	۲۲۸	
					۲	رضایتنامه استفاده از اطلاعات پزشکی مطابق روش اجرایی در هنگام پذیرش از تمامی بیماران بستری اخذ می گردد.(مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید - خیلی مهم)	۲۲۹	
					۲	رضایتنامه های عمومی بستری و معالجه مطابق روش اجرایی در هنگام پذیرش از تمامی بیماران تحت نظر اورژانس اخذ می گردد.(مشاهده پرینت حد اقل ۵ فرم پذیرش تکمیل شده جدید - خیلی مهم)	۲۳۰	
					۲	روش اجرایی در خصوص اصلاح مشخصات هویتی بیمار(در موارد ثبت نادرست و یا ناقص در هنگام پذیرش به هردلیلی) در مورد تمامی پرونده های بستری، تحت نظر و سرپایی وجود دارد و براساس آن عمل می گردد.(بیماران اورژانسی، مجهول الهویه و ...) (مصوبه کمیته ملاحظه گردد)	۲۳۱	
					۲	تمامی اطلاعات فرمهای پذیرش بستری بطور کامل، واضح، خوانا، با فونت مناسب، درمحل مناسب در فرم پذیرش پرینت می گردد.(مشاهده فرمهای پذیرش پرینت شده)	۲۳۲	
					۲	تمامی اطلاعات فرمهای پذیرش تحت نظر بطور کامل، واضح، خوانا، با فونت مناسب، درمحل مناسب در فرم پذیرش پرینت می گردد.(مشاهده فرمهای پذیرش پرینت شده)	۲۳۳	
					۲	اطلاعات مربوط به مشخصات بیمار در سربرگ تمامی فرم های پرونده پزشکی بصورت ثبت دستی و یا پرینت HIS تکمیل شده است و عدم استفاده از لیبل چاپی در پرونده ی سرپایی و بستری مطابق بخشنامه ی شماره ۱۸۱۱/۵۴۰۹ مورخ ۲۱/۱/۹۵ رعایت می گردد. (مشاهده چند پرونده)	۲۳۴	
					۲	اطلاعات مربوط به مشخصات بیمار در سربرگ فرم های پرونده پزشکی بطور کامل، خوانا و واضح ثبت شده است و یا اینکه پرینت کلیه فرمها از برنامه HIS توسط واحد پذیرش و یا بخش انجام می شود(مشاهده چند پرونده)	۲۳۵	
					۲	میزان فضای واحدهای پذیرش (بستری، اورژانس ودرمانگاه) باتوجه به تعداد پرسنل و تعداد مراجعه و همچنین وسایل اداری موجود، جهت انجام وظایف محوله مناسب می باشد(مشاهده).	۲۳۶	

	۲۳۷	فضای پذیرش (اورژانس، بستری و درمانگاه) از نظر نظافت و آراستگی لازم جهت جلب رضایت پرسنل و بیماران مناسب می باشد.(مشاهده)	۲				
	۲۳۸	تجهیزات اداری مناسب در واحد پذیرش موجود است.(سخت افزار کافی و متناسب با حجم فعالیت، صندلی مناسب جهت نشستن طولانی، کامپیوتر پشتیبان بر ای موارد بحران و ...)(مشاهده)	۲				
	۲۳۹	فضای استراحت مناسب برای واحد های پذیرش که بصورت شبانه روزی فعالیت می نمایند در نظر گرفته شده است.(مشاهده)	۲				
پرسنل پذیرش	۲۴۰	واحد پذیرش نیروی کافی جهت پوشش تمامی شیفتها در واحد های پذیرش بستری- اورژانس ودرمانگاه را دراختیاردارد.(مشاهده برنامه ماهیانه واحد) (۰ تا ۵۰ تخت فعال حد اقل ۷ نفر بصورت تمام وقت و به ازاء هر ۵۰ تخت افزایش، یک نفر اضافه می گردد. در بیمارستانهای بالای ۱۰۰ تخت فعال کلاً ۱ نفر بعنوان مسئول پذیرش علاوه بر موارد ذکر شده اضافه می گردد)(مشاهده برنامه های ماهیانه و مسئول واحد)	۲				
	۲۴۱	تمامی نیروهای شاغل در واحد های پذیرش، بصورت تمام وقت دراختیار این واحد می باشند.مشاهده برنامه های ماهیانه و مسئول واحد)	۲				
	۲۴۲	وظایف غیر مرتبط به واحد های پذیرش محول نشده است و وظیفه اصلی و کلی واحد های پذیرش اخذ اطلاعات معتبر و کامل از بیمار با استفاده از مدارک هویتی معتبرو ثبت کامل اطلاعات در HIS ، تهیه گزارشات و آمارهای درخواستی ار عملکرد واحد، اخذ رضایتنامه های مورد نیاز می باشد.(مصاحبه با مسئول واحد)	۲				
	۲۴۳	در صورتیکه وظایف واحد صندوق با واحد پذیرش (بستری ، سرپایی و اورژانس) ادغام شده است ، جهت جلوگیری از لطمه به وظایف ذاتی پذیرش تامین نیرو صورت گرفته است و ادغام نیرو تاثیری در فرایند اخذ و ثبت کامل و دقیق اطلاعات بیمار ایجاد نکرده است .	۲				
	۲۴۴	در صورتیکه وظایف واحد صندوق با واحد پذیرش (بستری ، سرپایی و اورژانس) ادغام شده است ، نظارت و مدیریت واحد پذیرش با واحد مدیریت اطلاعات سلامت می باشد . (تدوین برنامه کاری ، جابجایی ، مرخصی ، و ...)	۲				
	۲۴۵	از نیروهای بانگیزه و خوش برخورد و بصورت کلی مناسب با شرایط مورد نیاز، در واحد های پذیرش استفاده گردیده است.(جدول مشخصات پرسنل واحد و مصاحبه با مسئول واحد)	۲				
کدگذاری تشخیص نهایی	۲۴۶	نیروهای واحد های پذیرش دارای تحصیلات دانشگاهی مرتبط می باشند(به ترتیب اولویت شامل مدارک پزشکی، فناوری اطلاعات سلامت، مدیریت بیمارستانی، روانشناسی بالینی، مددکاری و آی تی)(تمامی پرسنل دارای یکی از مدارک فوق(۲)، حد اقل نیمی از پرسنل دارای یکی از مدارک فوق(۱) و هیچکدام از پرسنل دارای یکی از مدارک فوق(۰))	۲				
	۲۴۷	کدگذاری تشخیص نهایی تمام پرونده های بستری قبل از بایگانی پرونده با استفاده از کتاب ۲۰۱۶- ICD-۱۰ بر اساس شرح تشخیص ثبت شده بر روی فرم پذیرش و خلاصه پرونده انجام می شود و کد ها در فرم پذیرش و HIS درج می گردد.(ملاحظه فرم پذیرش و HIS درحد اقل ۵ پرونده)	۲				
	۲۴۸	کدهای درج شده در پرونده های بستری صحیح می باشد (مشاهده ۵ پرونده از نظر مطابقت شرح تشخیص و کد ثبت شده در فرم پذیرش و شرح تشخیص و کد ثبت شده در برنامه . HIS)	۲				
	۲۴۹	کدگذاری تشخیص نهایی تمام پرونده های بستری موقت اورژانس حداکثر ۴۸ساعت پس از ترخیص با استفاده از کتاب ICD-۲۰۱۶-۱۰ بر اساس شرح تشخیص ثبت شده بر روی فرم پذیرش و خلاصه پرونده انجام می شود و کد ها در فرم پذیرش و HIS درج می گردد.(ملاحظه فرم پذیرش و HIS درحد اقل ۵ پرونده)	۲				
	۲۵۰	کدهای درج شده در پرونده های بستری موقت صحیح می باشد (مشاهده ۵ پرونده از نظر مطابقت شرح تشخیص و کد ثبت شده در فرم پذیرش و شرح تشخیص و کد ثبت شده در برنامه HIS).	۲				
کدگذاری همه تشخیص ها و اقدامات درمانی	۲۵۱	در صورت الصاق گزارشات پاتولوژی پس از ترخیص به پرونده بیمار ، کدگذار کدهای اختصاص داده شده را بازبینی می نماید.	۲				
	۲۵۲	کد گذاری تمامی تشخیص ها در پرونده های بستری(شامل تشخیص اولیه و حین درمان و همچنین سایر بیماریهای همراه)حداکثر ۴۸ ساعت پس از ترخیص بر اساس کتاب ICD-۲۰۱۶، ۱۰- انجام و کد ها در پرونده بیمار و برنامه HIS ثبت می گردد.(مشاهده پرونده مرتبط)	۲				
	۲۵۳	کلیه تشخیص های ثبت شده در پرونده های بستری بدرستی کدگذاری شده اند.(مشاهده ۵ پرونده از نظر مطابقت شرح تشخیص و کد ثبت شده در فرم پذیرش و شرح تشخیص و کد ثبت شده در برنامه . HIS)	۲				
	۲۵۴	کدگذاری کلیه اقدامات درمانی در پرونده های بستری (شامل اقدام جراحی و غیر جراحی و همچنین اقدام اصلی و سایر اقدامات انجام شده) با استفاده از ICD-۹CM-، انجام و کد ها در پرونده بیمار و برنامه HIS ثبت می گردد.(ملاحظه حد اقل ۵ پرونده بصورت تصادفی)	۲				

					۲	کلیه اقدامات درمانی در پرونده های بستری بدرستی کدگذاری شده اند.(مشاهده ۵ پرونده از نظر مطابقت اقدامات درمانی و کد ثبت شده در فرم پذیرش و اقدامات درمانی و کد ثبت شده در برنامه .) HIS	۲۵۵	کدگذاری استفاده از اطلاعات
					۲	در موارد حادثه یا فوت، کد گذاری علل خارجی حوادث و مسمومیت ها و علت زمینه ای مرگ، در پرونده های بستری، انجام و کد ها در پرونده بیمار و برنامه HIS ثبت می گردد.(مشاهده پرونده مرتبط)	۲۵۶	
					۲	کلیه علت های خارجی حوادث و مسمومیت ها و علت زمینه ای مرگ، در پرونده های بستری، بدرستی کدگذاری شده اند. (مشاهده ۵ پرونده مر بوط به بیماران فوتی، مسمومیت، حوادث و جراحی و ... از نظر مطابقت علل خارجی و علت زمینه ای و کد های ثبت شده در فرم پذیرش با علل خارجی و علت زمینه ای و کد های ثبت شده در برنامه (HIS	۲۵۷	
					۲	کدگذاری کلیه اقدامات درمانی در پرونده های بستری موقت اورژانس (شامل اقدام جراحی و غیر جراحی و همچنین اقدام اصلی و سایر اقدامات انجام شده) با استفاده از کتاب -CM۹ICD-، انجام و کد ها در پرونده بیمار و برنامه HIS ثبت می گردد.(ملاحظه حد اقل ۵ پرونده بصورت تصادفی)	۲۵۸	
					۲	کلیه اقدامات درمانی در پرونده های بستری موقت اورژانس کدگذاری شده اند.(مشاهده ۵ پرونده از نظر مطابقت اقدامات درمانی و کد ثبت شده در فرم پذیرش و اقدامات درمانی و کد ثبت شده در برنامه .) HIS	۲۵۹	
					۲	در موارد حادثه یا فوت، کد گذاری علل خارجی حوادث و مسمومیت ها و علت زمینه ای مرگ، در پرونده های بستری موقت اورژانس، انجام و کد ها در پرونده بیمار و برنامه HIS ثبت می گردد.(مشاهده پرونده مرتبط)	۲۶۰	
					۲	کلیه علت های خارجی حوادث و مسمومیت ها و علت زمینه ای مرگ، در پرونده های بستری موقت اورژانس، بدرستی کدگذاری شده اند. (مشاهده ۵ پرونده مر بوط به بیماران فوتی، مسمومیت، حوادث و جراحی و ... از نظر مطابقت علل خارجی و علت زمینه ای و کد های ثبت شده در فرم پذیرش با علل خارجی و علت زمینه ای و کد های ثبت شده در برنامه (HIS	۲۶۱	
					۲	امکان گزارش گیری از قسمت کدگذاری برنامه HIS بر اساس شماره کداختصاص یافته و عنوان تشخیص و اقدام ثبت شده و بازه زمانی مورد نیاز و به تفکیک سن و جنس و بخش و پزشک و ... وجود دارد. (اخذ چندگزارش از برنامه)	۲۶۲	استفاده از حروف اختصاری مجاز
					۲	روش اجرایی " استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آنها در مستندات، بویژه در پرونده بیمار " مطابق با حداقل های مورد نیاز در راهنمای اعتباربخشی تدوین شده است.(مشاهده روش اجرایی)	۲۶۳	
					۲	فهرستی از اختصارات مجاز جهت استفاده در پرونده پزشکی و تشخیص ها و اقدامات هر بخش توسط گروه های بالینی تنظیم و به تایید کمیته ی مدیریت اطلاعات سلامت رسیده(صورتجلسه رویت شود)	۲۶۴	
					۲	فهرست تهیه شده به بخشها ابلاغ شده و در بخش نصب گردیده است .	۲۶۵	
					۲	نسخه ای از فهرست های تهیه شده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ابلاغ شده است.(ملاحظه فهرست ها)	۲۶۶	
					۲	کارکنان مربوطه (پزشکان و پرستاران و ...) از فهرست های تهیه شده آگاهی داشته و براساس آن اقدام می نمایند.(ملاحظه فهرست ها و مشاهده چند پرونده بصورت تصادفی از بخش های مختلف)	۲۶۷	
					۲	کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت از فهرست های تهیه شده آگاهی دارند و در بررسی پرونده و کد گذاری بر اساس آن عمل می نمایند.(ملاحظه فهرست ها و مشاهده چند پرونده بصورت تصادفی از بخش های مختلف)	۲۶۸	
					۲	حداقل ۳ خدمت (نوبت دهی ، جواب آزمایشات و ..) غیراز برنامه های ملی از قبیل نظام ارجاع - نسخه نویسی و ... الکترونیک شده است .	۲۶۹	پرونده الکترونیک
					۲	در سامانه ی اطلاعاتی بخش بستری حداقل ۴ فرم از فرمهای استاندارد ابلاغی پرونده الکترونیک شده است و اطلاعات بالینی بیمار در سیستم ثبت می گردد . نتایج آزمایش به عنوان فرم گزارش آزمایش مورد قبول می باشد .	۲۷۰	
					۲	در سامانه ی اطلاعات اورژانس امکان ثبت اطلاعات پرونده سرپایی اورژانس شامل فرم تریاژ وجود دارد .	۲۷۱	
					۲	امکان گزارش سازی و گزارش گیری از انواع اطلاعات پرونده ی پزشکی بیماران وجود دارد (اطلاعات بالینی بیماران که در پرونده ها ثبت شده مانند انواع آزمایشات ، داروها و تشخیصات و ..)	۲۷۲	

اطمینان از ورود صحیح و کامل داده ها	۲۷۳	امکان اخذ خروجی pdf از حداقل چهار فرم پرونده الکترونیک موجود در سامانه اطلاعات بیمارستان مطابق با فرمهای کاغذی پرونده وجود دارد .	۲						
	۲۷۴	امکان اخذ خروجی pdf فرم تریاژ با فرم کاغذی تریاژ وجود دارد .	۲						
	۲۷۵	روش اجرایی کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان با مشارکت صاحبان فرایند تدوین شده است.	۲						
	۲۷۶	تدوین چک لیست توسط هر بخش مطابق با دستورالعمل حداقل داده های ضروری HIS به شماره ۴۰۹ د/۱۱۱۶۶ مورخ ۱۷/۰۶/۹۳ (پذیرش ، ترخیص ، پاراکلینیک ، بخش های بستری ، اتاق عمل ، مالی و ...) با هماهنگی واحدهای مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت ، به منظور کنترل صحت ورود داده ها در HIS صورت گرفته است .	۲						
	۲۷۷	مسئولان مجاز برای کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی تعیین شده ه است . (مشاهده روش اجرایی)	۲						
	۲۷۸	ورود ساختارمند داده ها در سیستم بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت . (انتخابی نمودن اطلاعات از طریق تهیه بانکهای اطلاعاتی استاندارد برای ورود اطلاعات به HIS ، مثلا کتاب ICD-۱۰ ، کتابهای دارویی استاندارد ، کتاب ارزشهای نسبی برای مسائل مالی ، اسامی پزشکان و سایر مستندسازان بیمارستان ، نوع بیمه و ...)	۲						
	۲۷۹	به روز نمودن الزامات مستندسازی در سامانه اطلاعات بیمارستانی بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت . (استفاده از ورژن جدید فایل های فوق الذکر - مثلا کدگذاری کووید ۱۹ که باید در HIS اصلاح و اضافه گردد .)	۲						
	۲۸۰	ارزیابی و کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی حداقل به صورت هفتگی (مشاهده مستندات چک لیست ها) توسط مدیران / مسئولان بخش ها و واحدها انجام می شود. (مشاهده روش اجرایی)	۲						
	۲۸۱	نحوه ی گزارش نتایج کنترل صحت داده ها به مسئولان واحدهای مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت ، تعیین شده است . (مشاهده روش اجرایی)	۲						
	۲۸۲	اقدامات اصلاحی /برنامه بهبود توسط کمیته فناوری اطلاعات و مدیریت اطلاعات سلامت و نحوه ی اجرای آن مشخص و اعلام گردیده است . (مشاهده کمیته مدیریت اطلاعات سلامت)	۲						
گزارشات HIS	۲۸۳	فعالیت کاربران جهت ردیابی خطاهای ثبت داده ها ، قابل ردیابی می باشد . (مشاهده لاگ اصلاح خطا در بخش فناوری اطلاعات سلامت)	۲						
	۲۸۴	کارکنان با روش اجرایی آشنا بوده و بر اساس آن عمل می نمایند.	۲						
	۲۸۵	امکان گزارش سازی و گزارش گیری از سامانه ی اطلاعات بیمارستانی در خصوص آمار مراجعه و خدمات سرپائی درمانگاه و پاراکلینیک ها وجود دارد. (اخذ گزارش از سیستم)	۲						
	۲۸۶	امکان گزارش سازی و گزارش گیری از سامانه ی اطلاعات بیمارستانی در خصوص آمار مراجعه و خدمات بیماران سرپائی اورژانس و تحت نظر اورژانس وجود دارد.(اخذ گزارش از سیستم)	۲						
	۲۸۷	آمارها و گزارشات دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی مربوط به بیماران و خدمات تحت نظر اورژانسی با آمارها و گزارشات استخراج شده از دفاتر بخش مطابقت کامل دارد.(ملاحظه آمار ماهیانه با گزارش سیستم)	۲						
	۲۸۸	امکان گزارش سازی و گزارش گیری از سامانه ی اطلاعات بیمارستانی در خصوص آمار مراجعه و خدمات اتاق های عمل و سایر خدمات غیر بستری (دیالیز ، شیمی درمانی ، بلوک زایمان و..) وجود دارد..(اخذ گزارش از سیستم)	۲						
	۲۸۹	آمارها و گزارشات دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی در خصوص عملکرد اتاق های عمل و سایر خدمات غیر بستری (دیالیز ، شیمی درمانی ، بلوک زایمان و..) ، با دفاتر و فرم های آماری موجود مطابقت کامل دارد.(ملاحظه آمار ماهیانه با گزارش سیستم)	۲						
	۲۹۰	امکان گزارش سازی و گزارش گیری از سامانه ی اطلاعات بیمارستانی در خصوص آمار مراجعه و خدمات بخش های بستری وجود دارد..(اخذ گزارش از سیستم)	۲						
	۲۹۱	محتوای گزارشات دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی در خصوص بیماران بستری، بطور مستمر با دفاتر و فرم های آماری موجود مطابقت داده می شود.(ملاحظه مستندات)	۲						
	۲۹۲	آمارها و گزارشات دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی مربوط به بیماران بستری با دفاتر و فرم های آماری موجود مطابقت کامل دارد.(ملاحظه آمار ماهیانه با گزارش سیستم)	۲						
	۲۹۳	امکان گزارش سازی و گزارش گیری از انواع اطلاعات و ایجاد داشبوردهای مدیریتی /مالی از سامانه ی اطلاعات بیمارستان(شاخص های آمار بیمارستانی من جمله تخت روز اشغالی و شاخص های مالی من جمله متوسط درآمد هر پرونده و ..) وجود دارد . (مشاهده داشبوردهای ایجاد شده)	۲						
	۲۹۴	امکان اخذ گزارش های گرافیکی (نمودار) برای بررسی روند داده ها مانند روند نتایج آزمایش بیمار وجود دارد . (مشاهده گزارشات گرافیکی داشبورد)	۲						

ثبت و به روز رسانی سامانه ی اطلاعات بیمارستانی (آواب)	۲۹۵	ثبت داده های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای مرکز(تعریف بیمارستان، مسئول فنی، مسئولین مرکز و ...) در سامانه آواب به صورت کامل انجام شده است و با پروانه ی تاسیس و بهره برداری بیمارستان و وضعیت فعلی مرکز مطابقت دارد.(ملاحظه سامانه)	۲				
	۲۹۶	ثبت اطلاعات مربوط به بخش های بیمارستانی مرکز (تعریف عناوین بستری، ستاره دار، اورژانس) در سامانه آواب به صورت کامل انجام شده است و با گزارش عملکرد ماهیانه ارسالی به معاونت درمان و وضعیت موجود مرکز مطابقت دارد.(ملاحظه سامانه)	۲				
	۲۹۷	ثبت اطلاعات مربوط به بخش های بیمارستانی مرکز (درمانگاهی ، پاراکلینیک ، پشتیبانی) در سامانه آواب به صورت کامل انجام شده است و با گزارش عملکرد ماهیانه ارسالی به معاونت درمان و وضعیت موجود مرکز مطابقت دارد.(ملاحظه سامانه)	۲				
	۲۹۸	ثبت داده های مربوط به تعداد تخت و آمار فعالیت بخش ها/ واحد ها ی بستری و اورژانس بستری در سامانه آواب به صورت مستمر و ماهیانه انجام شده است.(ملاحظه سامانه) و با آمارهای ارسالی به درمان مطابقت دارد(مقایسه اطلاعات سامانه با گزارش عملکرد ماهیانه ارسالی به معاونت درمان)	۲				
	۲۹۹	ثبت داده های مربوط به تعداد تخت و آمار فعالیت بخش ها ی ستاره دار در سامانه آواب به صورت مستمر و ماهیانه انجام شده است.(ملاحظه سامانه) و با آمارهای عملکرد ارسالی به درمان مطابقت دارد(مقایسه اطلاعات سامانه با گزارش عملکرد ماهیانه ارسالی به معاونت درمان)	۲				
	۳۰۰	ثبت داده های مربوط به آمار فعالیت بخش ها ی درمانگاهی در سامانه آواب به صورت مستمر و ماهیانه انجام شده است.(ملاحظه سامانه) و با آمارهای عملکرد ارسالی به معاونت درمان مطابقت دارد(مقایسه اطلاعات سامانه با گزارش عملکرد ماهیانه ارسالی به معاونت درمان)	۲				
	۳۰۱	ثبت داده های مربوط به آمار فعالیت بخش ها ی پاراکلینیک در سامانه آواب به صورت مستمر و ماهیانه انجام شده است.(ملاحظه سامانه) و با آمارهای عملکرد ارسالی به معاونت درمان مطابقت دارد(مقایسه اطلاعات سامانه با گزارش عملکرد ماهیانه ارسالی به معاونت درمان)	۲				
	۳۰۲	ثبت و بروز رسانی مستمر اطلاعات مربوط به پرسنل، پزشکان در سامانه آواب توسط واحد کازینی مرکز انجام گردیده است (ملاحظه سامانه)	۲				
	۳۰۳	کنترل ثبت و بروز رسانی اطلاعات پرسنل و پزشکان در سامانه آواب توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت بصورت مستمر انجام می گیرد.(اعلام نظر واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر اساس مستندات موجود)	۲				
	۳۰۴	ثبت و بروز رسانی مستمر اطلاعات مربوط به تجهیزات و تجهیزات سرمایه ای در سامانه آواب توسط واحد تجهیزات پزشکی مرکز انجام گردیده است (ملاحظه سامانه)	۲				
بیماران کرونا	۳۰۵	کنترل ثبت و بروز رسانی اطلاعات تجهیزات و تجهیزات پزشکی در سامانه آواب توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت بصورت مستمر انجام می گیرد.(اعلام نظر واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر اساس مستندات موجود)	۲				
	۳۰۶	عناوین سایر بخشهای ستاره دار(دیالیز، شیمی درمانی و ...) و بخش های پاراکلینیک و همچنین تعداد تخت ها و عملکرد هر بخش بصورت مستمر بروز رسانی شده و آخرین گزارش مرکز، مطابق با وضعیت موجود گزارش گردیده است.(مطابقت فرمهای شماره ۷ و ۸ آمار با سامانه آواب و وضعیت مرکز)	۲				
	۳۰۷	آمار عناوین کلینیک ها و درمانگاهها و همچنین عملکرد آنها بصورت مستمر بروز رسانی شده و آخرین گزارش مرکز، مطابق با وضعیت موجود گزارش گردیده است.(مطابقت فرم شماره ۶ آمار با سامانه آواب و وضعیت مرکز)	۲				
	۳۰۸	زمانبندی تعیین و ابلاغ شده توسط معاونت درمان در ارسال آمار عملکرد مرکز به معاونت درمان رعایت می گردد(ارسال آمار با مکاتبه رسمی حد اکثر تا بیست پنجم ماه بعد رعایت می شود .مشاهده مکاتبات ارسال آمار ۳ ماه گذشته)	۲				
	۳۰۹	زمانبندی تعیین و ابلاغ شده توسط وزارت متبوع جهت تکمیل سامانه آواب تا ۲۵ ام هرماه (شاخص بهنگامی ورود اطلاعات) رعایت می گردد . (مشاهده گزارشات وزارت متبوع و بخشهای بستری و ستاره دار ، درمانگاهی و پاراکلینیکی سامانه مرکز)	۲				
	۳۱۰	گزارش مقایسه ای با استفاده از جداول و نمودار ها جهت ارائه بازخورد عملکرد مرکز به مسئولان مافوق تهیه و ارائه شده است(ملاحظه گزارشات ارائه شده حد اقل سالیانه)	۲				
	۳۱۱	برگه ی نتیجه آزمایش به پرونده ی بیمار کرونایی (مثبت یا منفی) ، بصورت پرینت از HIS و یا تکمیل به صورت دستی با تایید آزمایشگاه تهیه و به پرونده الصاق می گردد .	۲				
	۳۱۲	کد گذاری پرونده بیمار کرونایی (قطعی ، مشکوک یا منفی) مطابق دستورالعمل ابلاغی انجام می پذیرد. (مشاهده ی چند پرونده)	۲				

					۲	سامانه ی آماری hse وزارت ی در خصوص بیماران کرونائی به صورت صحیح (منطبق با آمار ارسالی به دفتر پرستاری معاونت درمان بصورت روزانه ودر زمان مقرر تا ۸:۳۰ صبح) تکمیل می گردد.	۳۱۳	
					۲	سامانه ی آماری hse وزارت ی در خصوص بیماران کرونائی به صورت صحیح (منطبق با آمار ارسالی به دفتر پرستاری معاونت درمان تا ۸:۳۰ صبح) در روزهای تعطیل ،تکمیل می گردد.	۳۱۴	
					۲	تمام پرونده های جاری بستری بلا استثنا اسکن می گردد. (در صورت اجرای پرونده الکترونیک برای هر فرم ، اسکن آن فرم ضرورتی ندارد)	۳۱۵	اسکن پرونده ها
					۲	پرونده ها جاری بستری در قالب برنامه HIS مرکز اسکن می گردد.	۳۱۶	
					۲	اسکن پرونده های بستری راکد (حد اقل فرمهای خلاصه برداری شده) در هنگام خلاصه برداری جهت امحاء، انجام می شود(بیمارستانهای غیر مشمول غ ق ا)	۳۱۷	
					۲	پرونده های بستری راکد ، در قالب برنامه HIS مرکز اسکن می گردد.(بیمارستانهای غیر مشمول غ ق ا)	۳۱۸	
					۲	اسکن پرونده های بستری موقت اورژانس جاری انجام می شود.(در صورت اجرای پرونده ی الکترونیک اورژانس ، اسکن ضرورتی ندارد)	۳۱۹	
					۲	پرونده ها ی بستری موقت جاری، در قالب برنامه HIS مرکز اسکن می گردد.	۳۲۰	
					۲	اسکن پرونده های بستری موقت راکد در هنگام خلاصه برداری جهت امحاء، انجام می شود.(بیمارستانهای غیر مشمول غ ق ا)	۳۲۱	
					۲	پرونده های بستری موقت اورژانس راکد(در صورت وجود) در قالب برنامه HIS مرکز اسکن می گردد.	۳۲۲	
					۲	محافظت کامل از فایلهای اسکن شده توسط واحد آی تی مرکز انجام می گردد.(تهیه فایل پشتیبان و نگهداری در محل امن)(در صورت تهیه فایل پشتیبان توسط واحد، امتیاز کامل تعلق نمی گیرد)	۳۲۳	
					۲	محل فعالیت اداری پرسنل واحد جهت انجام امور تنظیم ، بازبینی و رفع نقص، پاسخگویی به ارباب رجوع، اسکن، خلاصه برداری جهت امحا و... ازمحل بایگانی پرونده ها جدا بوده و دارای فضای مستقل می باشد.	۳۲۴	شرایط محل فعالیت پرسنل
					۲	محل فعالیت اداری پرسنل واحد دارای فضای کافی متناسب با تعداد پرسنل، مسئولیتهای محوله و حجم فعالیت واحد می باشد	۳۲۵	
					۲	محل فعالیت اداری پرسنل واحد دارای نور و تهویه مناسب(متناسب با نوع فعالیت واحد) می باشد	۳۲۶	
					۲	محل فعالیت اداری پرسنل واحد از نظر نظافت و آراستگی و بهداشت محیط مناسب می باشد. (جهت رضایتمندی پرسنل)	۳۲۷	
					۲	تجهیزات اداری موجود متناسب با تعداد پرسنل، شرح وظایف ، مسئولیتها و حجم فعالیت واحد می باشد.(میز، صندلی، کمد، کامپیوتر، پرینتر، اسکنر، دستگاه پانچ و منگنه و ...)	۳۲۸	
					۲	وسایل حفاظت فردی در جهت محافظت از پرسنل در برابر عوامل زیان آور محیطی و پیشگیری از بیماریهای شغلی، در اختیار پرسنل مربوطه قرار می گیرد و در زمان فعالیت از آنها استفاده می گردد.(سهمیه شیر بصورت روزانه - دستکش - ماسک و ...)	۳۲۹	
					۲	از ورود ارباب رجوع (داخلی و خارجی) به داخل واحد(محل بررسی و بازبینی و رفع نقص پرونده ها و ...) جلوگیری می گردد و پاسخگویی به ارباب رجوع (داخلی وخارجی) از طریق پنجره و یا دریچه انجام می گیرد.	۳۳۰	
					۲	تعداد پرسنل شاغل درواحد مدیریت اطلاعات سلامت متناسب با حجم فعالیت واحد می باشد.(شامل تنظیم و پوشه گذاری، بازبینی، پیگیری رفع نقص، بایگانی و بازیابی، اسکن، پاسخگویی به ارباب رجوع، کدگذاری، آمار و مسئولیت واحد با در نظر گرفتن تمام وقت بودن پرسنل و بدون در نظر گرفتن خلاصه برداری و همچنین وظایف محوله غیر مرتبط). با توجه به تعداد پرونده ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت (تا ۱۰ پرونده بستری و تا ۲۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۳ نفر) (۱۰ تا ۲۰ پرونده بستری و ۲۰ تا ۴۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۴ نفر)(۲۰ تا ۳۰ پرونده بستری و ۴۰ تا ۶۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۵ نفر)(۳۰ تا ۴۰ پرونده بستری و ۶۰ تا ۸۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۶ نفر)(۴۰ تا ۵۰ پرونده بستری و بالای ۸۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۷ نفر)(۵۰ تا ۷۰ پرونده بستری و بالای ۸۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۸ نفر)(۷۰ تا ۹۰ پرونده بستری و بالای ۸۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۹ نفر)(۹۰ تا ۱۲۰ پرونده بستری و بالای ۸۰ پرونده بستری موقت اورژانس ۱۰ نفر)	۳۳۱	پرسنل
					۲	پرسنل کافی جهت انجام امو تخصصی کد گذاری و آمار تعیین گردیده است و جهت انجام این امور کمبود نیرو وجود نداردو فعالیت و مربوطه بروز می باشد .	۳۳۲	

				۲	پرسنل کافی جهت انجام امور تنظیم و پوشه گذاری ، بایگانی و بازیابی پرونده ها تعیین گردیده است و جهت انجام این امور کمبود نیرو وجود ندارد و فعالیت مربوطه بروز می باشد.	۳۳۳		
				۲	پرسنل کافی جهت انجام امور بایگانی و بازیابی پرونده ها و پاسخگویی به ارباب رجوع تعیین گردیده است و جهت انجام این امور کمبود نیرو وجود ندارد و فعالیت مربوطه بروز می باشد.	۳۳۴		
				۲	پرسنل کافی جهت انجام امور بازبینی، پیگیری و رفع نقص پرونده ها تعیین گردیده است و جهت انجام این امور کمبود نیرو وجود ندارد و فعالیت مربوطه بروز می باشد.	۳۳۵		
				۲	پرسنل کافی جهت انجام اسکن پرونده ها تعیین گردیده است و جهت انجام این امور کمبود نیرو وجود ندارد و فعالیت مربوطه بروز می باشد..	۳۳۶		
				۲	در صورت کمبود نیرو در واحد، هیچ موردی از فعالیت پرسنل با تحصیلات مدیریت اطلاعات سلامت در واحد های غیر مرتبط وجود ندارد.(در صورت وجود ذکر گردد)	۳۳۷		
				۶۶۲				
				73. 3	امتیاز کل مرکز			
				۵۲۲	امتیاز سوالات مربوط به فرایند			
				۷۶	سوالات مربوط به تاسیسات و ساختار			
				۶۴	سوالات مربوط تجهیزات			
				662				