



الف-۵-۱-۲ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان پشتیبانی و ارائه اقلام اطلاعاتی مطابق ضوابط مربوط را برای بیماران فراهم می نماید.

هدف: حداقل اقلام اطلاعاتی کلینیکال پرونده الکترونیک سلامت در HIS پوشش داده می شوند.

مکان: درمانگاه-بخش بستری-اورژانس

مخاطب: منشی و پزشک درمانگاه-پرستاران بخش-پرستاران اورژانس

شواهد

- مشاهده:
- در سیستم اطلاعات درمانگاه در پرونده سرپایی بیماران، حداقل ۳ بند اطلاعاتی مذکور در راهنما.
- در سیستم اطلاعات اورژانس در پرونده اورژانس بیماران سطح ۱ و ۲ و ۳ فرم تریاژ و حداقل ۱۰ بند اطلاعاتی مذکور در راهنما به تناسب اقدامات صورت گرفته برای بیمار؛ و برای بیماران سطح ۴ (به شرط نداشتن پروسیجر) و سطح ۵، فرم تریاژ.
- در سیستم اطلاعات بخش بستری، در پرونده بیمار بستری مشاهده ۱۳ بند اطلاعاتی مذکور در راهنما (بند ۱ و ۲- حداقل ۵۰٪ از ۱۰ بند ۴-۱۳).
- در سیستم اطلاعات بیمارستان در واحد مدیریت اطلاعات، در پرونده بیمار بستری ترخیص شده مشاهده بند ۳.



الف-۵-۱-۵ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان ارزیابی اطلاعات بیماران را فراهم می نماید.

هدف: در دسترس بودن پرونده پزشکی بیمار در زمان مورد نیاز

مکان: واحد مدیریت اطلاعات درمان

مخاطب: کارشناسان واحد مدیریت اطلاعات

شواهد

- **مشاهده:** ایندکس اصلی بیماران در HIS، ارزیابی یک پرونده فیزیکی بستری-سرپایی-اورژانس، هر یک به ترتیب بر اساس شماره پرونده-نام و نام خانوادگی-کد ملی بیمار
 - **مستند:** مطابقت پرونده ارزیابی شده با مشخصات پرونده درخواستی در ایندکس اصلی بیماران
 - **مصاحبه:** پرسش از پزشک یا پرستار یا منشی بخش، در خصوص اینکه اگر بعدازظهر یا شب یاروزهای تعطیل، در صورت درخواست سوابق بیمار از بخش HIM پرونده در اختیار آنها قرار می گیرد.
- درخواست از بخش فناوری اطلاعات جهت مشاهده لاگ این ارزیابی.



الف-۵-۱-۷ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش سازی و گزارش گیری از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیماران را فراهم می نماید.

هدف: امکان نمایش پرونده الکترونیک بیماران

مکان: یک بخش بستری - اورژانس

مخاطب: پرستار بخش - پرستار اورژانس

شواهد:

- **مشاهده:** در سامانه اطلاعات اورژانس، خروجی Pdf از فرم تریاژ، و در سامانه اطلاعاتی بخش بستری مشاهده خروجی Pdf از حداقل ۴ فرم پرونده بیمار (نتایج آزمایشات به عنوان فرم گزارش آزمایش مورد قبول می باشد)



الف-۵-۱-۸ سامانه های اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش سازی و گزارش گیری از انواع اطلاعات مدیریتی را فراهم می نماید.

هدف: امکان اخذ سریع گزارشات تجمیعی و شاخصهای درمانی در سامانه اطلاعات بیمارستان در مواقع مورد نیاز جهت تصمیمات مدیریتی

مکان: بخش مدیریت اطلاعات سلامت-بخش مدیریت امور مالی

مخاطب: کارشناسان بخش مدیریت اطلاعات سلامت- کارشناسان امور مالی

شواهد

- **مشاهده:** مشاهده اخذ گزارش از حداقل ۲ عنوان از عناوین گزارشات مذکور در راهنما(به شرح ذیل):
آمار مراجعه و خدمات انجام شده
شاخصهای مدیریت تخت
بار بیماری ها و اعمال جراحی
عملکرد مالی بیمارستان و مدیریت مصرف منابع
گزارشهای گرافیکی برای بررسی روند داده ها مانند روند نتایج آزمایش بیمار



الف-۵-۲-۱ بر اساس شیوه‌ای مدون، ورود صحیح داده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی نظارت و کنترل می‌شود.

هدف: نظارت بیمارستان در ثبت داده‌های با کیفیت در HIS در راستای کاهش خطای پزشکی و دارویی و ارتقای ایمنی بیمار

مکان: بخش هایی که ثبت در سیستم اطلاعات بیمارستان دارند (بخش های بستری، درمانگاه، اورژانس، آزمایشگاه، داروخانه، امور مالی، ...)

مخاطب: مسئول و کارکنان بخش-مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت-مسئول بخش فناوری اطلاعات

شواهد

- **مستند:** در هر بخش چک لیست کنترل حداکثر هفتگی صحت داده های ثبت شده در HIS، به صورت کاغذی یا الکترونیک (در هر بیمارستان و بخش، به تناسب انواع داده هایی که وارد سیستم می نمایند).- در بخش HIM چک لیست های موارد خطا و صورتجلسه گزارش در کمیته HIM و اقدام اصلاحی.
- **مصاحبه:** پرسش از مسئول هر بخش در مورد فرآیند کنترل و اصلاح خطا- پرسش از مسئول HIM در خصوص فرآیند بررسی موارد خطا و گزارش در کمیته و اقدام اصلاحی-
- **مشاهده:** مشاهده اقدام اصلاحی یکی از خطاهای ثبت مطرح شده در کمیته یا گزارش شده، در سیستم اطلاعات بخش مربوطه، و مشاهده لاگ اصلاح خطا در بخش فناوری اطلاعات.



آموزش نحوه ارزیابی / خود ارزیابی نسل چهارم استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها

الف-۵-۲-۲ داده های مرتبط با فقره های اطلاعاتی سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی، بر اساس ضوابط مربوط ثبت و به روز رسانی می شود.

هدف: داده های صحیح و به روز در سامانه اطلاعات عملکردی بیمارستان (آواب) جهت گزارشات و تصمیمات مدیریتی ثبت می شود.

مکان: بخش مدیریت اطلاعات سلامت- بخش کارگزینی-بخش تجهیزات پزشکی

مخاطب: مسئول بخش های مدیریت اطلاعات سلامت، کارگزینی، تجهیزات پزشکی - مدیر بیمارستان

شواهد: هر سه مورد ذیل به تفصیل در در پیوست راهنما ذکر شده است.

- مستند
- مصاحبه
- مشاهده



الف-۵-۴-۱ سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران با شرایط و معیار های معین و مبتنی بر اصل محرمانگی برنامه ریزی و رعایت می شود.

هدف: محافظت از اطلاعات محرمانه بیمار در برابر افشای غیر مجاز، و محافظت از حقوق بیمار در برابر دسترسی و دستکاری غیرمجاز

مکان: همه بخش های بیمارستان

مخاطب: مسئول و کارکنان همه بخش های بیمارستان

شواهد

- مصاحبه: پرسش از حداقل سه نقش از نقش های مذکور در دستورالعمل در مورد نحوه دسترسی شان به پرونده پزشکی جاری و سوابق بیمار.
- مشاهده: مشاهده میزان و نوع دسترسی حداقل سه نقش از نقش های مذکور در دستورالعمل، به اطلاعات بیمار در HIS با استفاده از نام کاربری شان.



الف-۵-۵-۱ * پذیرش تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک و با قابلیت بازیابی در مراجعه‌های بعدی صورت می‌پذیرد.

هدف: امکان دسترسی به سوابق قبلی بیمار جهت استمرار روند درمان

مکان: بخش پذیرش

مخاطب: کارشناسان بخش پذیرش

شواهد

- **مستند:** انتخاب حداقل دو بیمار با مراجعه‌های متعدد از روی کارت ایندکس اصلی (کاغذی یا الکترونیک). اخذ پذیرش جدید در HIS برای بیماران مذکور. در زمان پذیرش جدید، سیستم یادآوری مبنی بر داشتن سابقه قبلی و نمایش تاریخ سوابق و شماره پرونده را نمایش می‌دهد. همچنین در اختصاص شماره پرونده جدید به بیمار مذکور، سیستم هشدار مبنی بر داشتن سابقه نمایش می‌دهد.



آموزش نحوه ارزیابی / خود ارزیابی نسل چهارم استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها

الف-۵-۵-۲ ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می پذیرد.

هدف: استفاده از فرم های کشوری در راستای تجمیع اطلاعات مورد نیاز در ادامه درمان بیمار، و وحدت رویه در آموزش دانشجویان.

مکان: بخش مدیریت اطلاعات سلامت

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات

شواهد

- **مستند:** بررسی حداقل ۳ پرونده ترخیصی و مطابقت فرمهای مورد استفاده از مجموع ۴۵ فرم ابلاغی. در مورد سایر فرمها در صورت وجود در پرونده، مطالبه موافقت کتبی کمیته مدیریت اطلاعات سلامت دانشگاه مربوطه.



الف-۵-۳ محل نگهداری سوابق پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.

هدف: انجام اقدامات لازم در بیمارستان برای محافظت و نگهداری از اطلاعات پرونده بیماران در راستای رعایت حقوق بیمار، ارائه دهندگان خدمت و بیمارستان

مکان: بخش بایگانی جاری پرونده بیماران

مخاطب: مسئول بخش بایگانی

شواهد

- **مشاهده:** مشاهده محل و نحوه نگهداری پرونده‌های بیماران و بررسی رعایت اصول ۱۹ گانه شرایط محل و نحوه نگهداری مذکور در فصل سوم از دستورالعمل اسناد و شرایط بایگانی (پیوست راهنما). مهمترین نکته در رعایت اصول مذکور، اجتناب از نگهداری پرونده‌ها در فضاهای دور از دسترس، تاریک و نمور؛ و استفاده از تجهیزات مناسب (قفسه‌های ریلی و یا قفسه‌های ثابت محکم و سالم) می باشد.



الف-۵-۵-۴ خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است.

هدف: پرونده های بیماران در مدت زمان قانونی مقرر، در راستای دفاع از حقوق بیمار، ارایه دهنده خدمت وبیمارستان نگهداری می گردد

مکان: بخش بایگانی پرونده های پزشکی

مخاطب: مسئول بخش بایگانی

شواهد

- **مستند:** مطابقت تاریخ تاسیس بیمارستان و تاریخ قدیمی ترین پرونده در بایگانی، و مطابقت با مجوزهای ابلاغی (پیوست راهنما) به تناسب پرونده مورد بررسی. در صورتی که بیمارستان دارای قدمتی بیش از مدت زمان قانونی نگهداری پرونده مورد بررسی باشد، مطابقت مستندات امحای پرونده های قبلی با اصول و شرایط مذکور در فصل ۵ دستورالعمل اسناد و شرایط بایگانی (پیوست راهنما). در بررسی مستندات مذکور، وجود فهرست دارای مجوز امحاء و صورتجلسه اوراق امحایی و مکاتبه با وزارت بهداشت و سازمان اسناد موجود باشد.



الف-۵-۵-۵ پرونده‌های پزشکی حین فرآیند ترخیص و در بخش های بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

هدف: اقدامات لازم در بخشها برای ثبت تمام اقدامات تشخیصی و درمانی و نتایج آنها در پرونده بیمار جهت جلوگیری از تجویز مجدد و کاهش هزینه های بیمار انجام می شود.

مکان: بخش های بالینی – بخش مدیریت اطلاعات سلامت

مخاطب: منشی، مسئول، پزشکان و پرستاران بخشهای بالینی- کارشناسان بخش مدیریت اطلاعات سلامت

شواهد

- **مستند:** در بخش های بالینی بررسی حداقل دو پرونده ترخیصی آماده انتقال برای حسابرسی، و در بخش مدیریت اطلاعات بررسی حداقل دو پرونده آماده بایگانی؛ و بررسی محورهاى کنترل کمی پرونده به شرح ذیل:
 - ۱- وجود تمامی فرم ها و گزارشات مورد نیاز به تناسب مورد پزشکی پرونده مربوطه (باتاکید بر وجود نتایج اقدامات آزمایشگاهی و پاراکلینیکی)
 - ۲- تکمیل تمام اقلام اطلاعاتی فرم های پرونده
 - ۳- ثبت تاریخ و زمان مستندات،
 - ۴- ثبت مهر و امضای مستند سازاندر صورت داشتن نقص پرونده در بخش های بالینی، بررسی چک لیست الصاق شده کنترل کمی و مطابقت موارد نقص با موارد تیک خورده در چک لیست. در بخش HIM بررسی پرونده های منتظر اصلاح موجود در قفسه نواقص. در صورت گذشت بیش از ۱۴ روز از تاریخ ترخیص، فرآیند مذکور رعایت نشده.
- **مصاحبه:** پرسش از مسئول و منشی بخش بالینی، و کارشناسان بخش HIM درخصوص فرآیند اصلاح نقایص پرونده، و پرسش از پزشکان و پرستاران بخش در خصوص وجود و نحوه فرآیند ارجاع نقایص به آنها جهت اصلاح؛ و مطابقت پاسخ منشی بخش های بالینی و کارشناسان بخش HIM با پاسخ پزشکان و پرستاران.



آموزش نحوه ارزیابی / خود ارزیابی نسل چهارم استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها

الف-۵-۵-۶ بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پرونده‌های پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

هدف: اقدامات لازم برای انعکاس کامل تمام خدمات صورت گرفته برای بیمار در پرونده پزشکی، جهت استفاده از اطلاعات برای استمرار درمان بیمار و حمایت از حقوق بیمار، ارایه دهندگان خدمت و بیمارستان؛ صورت می‌گیرد.

مکان: بخش بایگانی پرونده‌های پزشکی

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت- رییس یا مدیر بیمارستان - نماینده گروه‌های بالینی، پرستاری، پاراکلینیک

شواهد

- مستند: ۱- بررسی حداقل دو پرونده پزشکی، و بررسی محورهای کنترل کیفی به شرح ذیل:
 - درستی و صحت اطلاعات ثبت شده،
 - همخوانی اطلاعات ثبت شده،
 - به موقع بودن ثبت اطلاعات،
 - دقیق بودن و کافی بودن اطلاعات ثبت شده
- مصادیق محورهای فوق به تفصیل در راهنمای سنجش اشاره شده است.

۲- بررسی صورتجلسات کنترل کیفی پرونده‌های پزشکی حداکثر بصورت ماهیانه در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت با حضور نماینده گروه‌های بالینی و پرستاری و پاراکلینیک؛ و مطابقت محورهای بررسی شده با حدود مصادیق ذکر شده در راهنما.

۳- بررسی حداقل دو پرونده مطروحه در کمیته HIM و مطابقت کیفیت محورهای ذکر شده در صورتجلسه با پرونده، و بررسی اصلاحیه نقص.

۴- چند نکته در خصوص صورتجلسات: شماره پرونده‌های بررسی شده در کمیته باید در صورتجلسه قید گردد- در هر ماه بررسی پرونده چند گروه بالینی در دستور کار جلسه باشد- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت به عنوان دبیر، و رییس یا مدیر بیمارستان به عنوان رییس جلسات کنترل کیفی، عضو ثابت در جلسات باشند.

- مصاحبه: پرسش از رییس و دبیر جلسات، و پرسش از نمایندگان گروه‌های بالینی یا پرستاری یا پاراکلینیک در خصوص فرآیند کنترل کیفی و اصلاح نواقص، و مطابقت پاسخ آنها.



الف-۵-۷ فرآیندی معین برای کنترل و صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.

هدف: اقدامات لازم برای جلوگیری از دسترسی غیر مجاز به پرونده‌های پزشکی، و یا مفقود شدن مستندات پرونده صورت می‌گیرد.

مکان: بخش مدیریت اطلاعات سلامت-بخش درخواست دهنده پرونده-اتاق عمل

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت یا بخش بایگانی - فرد یا افراد درخواست دهنده پرونده - منشی یا مسئول اتاق عمل

شواهد

- **مستند:** ۱- فهرست بیماران پذیرش شده با فهرست پرونده‌های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان پس از ترخیص بیماران. و درخواست حداقل دو پرونده از فهرست مذکور.
- ۲- بررسی صورتجلسات طرح موضوع پرونده‌های مفقودی، در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و چک نمودن راهکارهای مطروحه در صورت امکان.
- ۳- بررسی دفتر یا لیست ثبت درخواست پرونده و چک نمودن اقلام اطلاعاتی مذکور در راهنما، و بررسی حداقل دو پرونده:
الف: یک پرونده که تاریخ عودت دارد، با وجود آن پرونده در بایگانی؛ و ب: یک مورد که تاریخ عودت ندارد بررسی وجود پرونده نزد درخواست دهنده، و پرسش از درخواست دهنده (در صورتی که درخواست دهنده، پزشک معالج بوده و درخواست سوابق داده است، پرسش از پرستار مسئول بیمار یا منشی بخش) درخصوص نحوه انتقال پرونده از بایگانی به نزد وی، و مطابقت پاسخ وی با پاسخ مسئول بخش بایگانی
- ۴- انتخاب حداقل دو شماره پرونده ای که در ماه گذشته نمونه برداری داشته است از HIS یا دفتر ثبت اتاق عمل و چک نمودن وجود گزارش پاتولوژی در آن پرونده در بخش بایگانی.
- **مصاحبه:** پرسش از درخواست دهنده پرونده و مسئول بخش بایگانی طبق مفاد مندرج در بند ۳ فوق.



الف-۵-۵-۸ کد گذاری پرونده‌های بالینی بر اساس طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها و ضوابط مربوط انجام می‌شوند.

هدف: گزارش بیماری‌ها براساس کدینگ استاندارد بین‌المللی صورت می‌گیرد که قابلیت ارسال به پرونده الکترونیک پزشکی را دارد.

مکان: بخش کدگذاری تشخیصی

مخاطب: مسئول و کارشناسان بخش کدگذاری

شواهد

- **مستند:** مطابقت مرجع کدگذاری تشخیصی در پرونده‌های پزشکی (عنصر تشخیص نهایی و کد در فرم پذیرش و در HIS با آخرین نسخه ابلاغی (ICD ۱۰-۲۰۱۶) از روش زیر:
 - مطابقت کد تشخیص هموروئید : Hemorrhoids K۶۴
- **مصاحبه:** پرسش از کدگذاران در خصوص منبع کدگذاری تشخیصی، و مشاهده کتاب ICD ۱۰-۲۰۱۶، و ICD9CM برای اقدامات





الف-۵-۵-۹ قابلیت ردیابی مراجعه‌های قبلی بیماران بر اساس کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخش‌ها / واحدها فراهم است.

هدف: محوریت کد ملی به عنوان یونیک کد تجميع همه سوابق بیمار در پرونده الکترونیک پزشکی مد نظر قرار گرفته است.

مکان: بخش مدیریت اطلاعات سلامت

مخاطب: مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت

شواهد

- **مستند:** بررسی ایندکس اصلی بیماران و چک نمودن ثبت کد ملی برای همه بیماران - انتخاب کد ملی حداقل دو بیمار دارای مراجعات اخیر متعدد، از ایندکس اصلی بیماران؛ و بازیابی پرونده یا مراجعات بیمار در سیستم اطلاعات بیمارستان از طریق کد ملی، و مطابقت مشخصات بیمار در ایندکس با اطلاعات مراجعات بیمار در سیستم
- **مصاحبه:** پرسش از مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت، در خصوص فرآیند پایش و کاهش پرونده‌های فاقد کد ملی تا پایان ترخیص، و بیماران مجهول الهویه در سامانه اطلاعات بیمارستانی، و مستندات مربوطه.



الف-۵-۶-۵ فرایند الکترونیک نمودن فرم ها، ثبت و بایگانی خدمات در بیمارستان برنامه ریزی شده و اجرا می شود.

هدف: بیمارستان، در راستای توسعه پرونده الکترونیک سلامت و بیمارستان الکترونیک، اقداماتی را برنامه ریزی و شروع نموده است.

مکان: دفتر رییس بیمارستان- بخش مدیریت اطلاعات سلامت

مخاطب: رییس بیمارستان- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت

شواهد

- **مستند:** برنامه بیمارستان در راستای الکترونیک نمودن خدمات قابل آرایه الکترونیک به بیماران، و الکترونیک نمودن مستندات خدمات آرایه شده به بیماران. در بررسی موارد مندرج در برنامه بیمارستان، تنوع و کاربردی بودن و مطابقت با ضوابط وزارت بهداشت مد نظر قرار گیرد.
 - **مصاحبه:** پرسش از رییس بیمارستان و مسئول بخش مدیریت بیمارستان در خصوص اقدامات انجام شده و در دست اجرا، و بازدی از خدمات یا فرم هایی که الکترونیک شده اند.
- در صورتی که حداقل ۳ خدمت و ۴ فرم (غیر از برنامه های ملی از قبیل نظام ارجاع-نسخه نویسی-بازخوراند و ...) الکترونیک شده باشند امتیاز کامل تعلق می گیرد.