

استانداردهای بخش مدارک پزشکی بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی

مقدمه

دنیای امروز را عصر اطلاعات و ارتباطات می نامند و امروزه قدرت برتر جهانی در دست تولیدکنندگان اطلاعات و سیستم های منسجم و مترکبم اخذ، ثبت و گردش اطلاعات است، اصطلاح انفجار دانش نامی آشنا برای بشر قرن بیستم بوده و اعجاز کامپیوتر در خدمت علوم بهداشتی گامهای متردد بشریت را استوار نموده و راه پرپیچ و خم دانش را هموار می کند، سرعت پیشرفتهای علوم بهداشتی آنچنان رو به تزاید است که فاصله میان کشورهای مترقی و در حال توسعه را با شگفتی افزون می کند و در جهان اینچنین متحول کنونی هر اقدامی در جهت کاستن این خلاء روزافزون بخصوص در رده های کاربردی و عملکردهای علوم بهداشتی از جمله مدارک پزشکی حائز اهمیت فراوان است.

مدارک پزشکی به عنوان محک ذیقیمتی از فعالیتهای گروه بهداشتی و پزشکی و شاخص فعالیت کادر بیمارستانی، والاترین و باارزشتترین اهرم برنامه ریزی و تصمیم گیری های مدیریتی در رده های اقتصادی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی می باشد، از اینرو درک اهمیت والای آن به مثابه توسعه تفکر و بینش اطلاعاتی است.

اهدافی که مدارک پزشکی تأمین می کند عبارتند از:

- ۱- به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت از بیمار .
- ۲- به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشکان و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند.
- ۳- جهت تهیه مدارک مستند از جریان بیماری و درمان بیمار.
- ۴- به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی.
- ۵- جهت کمک و پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کارکنان مسئول.

۶- جهت تهیه اطلاعات برای استفاده در هزینه های درمانی.

۷- آموزش و پژوهش.

بخش مدارک پزشکی با هدف ارائه خدمات به بیماران، پزشکان، مدیران بیمارستانها و ارائه خدمات

آموزشی و پژوهشی و حفظ مطلوب کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی و حقوق بیماران و رعایت

استانداردها با اهداف اختصاصی زیر از مهمترین بخشهای بیمارستانی بشمار می آید:

- ایجاد یک سیستم کارآمد برای نگهداری پرونده کامل بیماران.

- داشتن آمار عملیات تشخیصی و بالینی انجام شده و تجزیه و تحلیل و تفسیر آنها.

- گردآوری اطلاعات علمی از پرونده ها و گزارش پزشکی آنها.

- تهیه و نگهداری اندکس های بیماران به منظور یافتن پرونده های پزشکی در

مراجعات مکرر.

- تهیه و نگهداری اندکس های جراحی و بیماری ها به منظور کمک در امر

تحقیقات و پژوهش.

- تهیه خلاصه پرونده پزشکی به منظور کمک به مراجع قانونی در امر صدور احکام.

- ارزشیابی خدمات ارائه شده به بیمار توسط بیمارستان.

- کمک به امر تصمیم گیری مدیریت بیمارستان در توسعه امکانات و تجهیزات

بخشها و ...

تحقق اهداف مذکور بدون یک مدیریت مؤثر و کارا و استانداردهای شناخته شده جهانی و کشوری

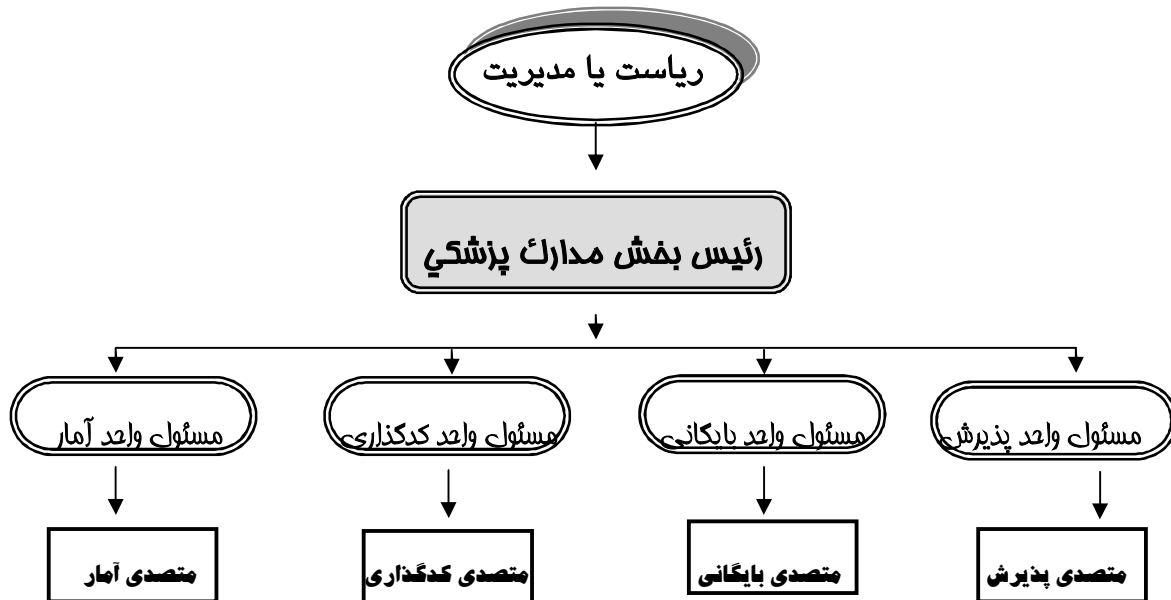
اگر غیر ممکن نباشد، اما بسیار دشوار خواهد بود. مجموعه تهیه شده چکیده ای از استانداردهای اولیه

اساسی بخش مدارک پزشکی می باشد. انشا... با همکاری و تعامل همه دست اندرکاران مدارک پزشکی

بتوانیم به این استانداردها دست یابیم.



بخش مدارک پزشکی بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی از چهار واحد طبق چارت زیر تشکیل شده است و زیر نظر مستقیم رئیس یا مدیر بیمارستان فعالیت می کنند



استانداردهای لازم جهت طراحی بخش مدارک پزشکی

- ۱- بخش مدارک پزشکی باید بصورت یک دیارتان طراحی شود.
- ۲- این بخش باید در جایی قرار گرفته باشد که بتواند به سرعت و سهولت بازیابی و توزیع پرونده های پزشکی را انجام دهد
- ۳- فضای کار این بخش برای کارکنان به اندازه کافی باشد تا آنها بتوانند وظایف و مسئولیتها را به نحو احسن انجام دهند. همچنین سایر استفاده کنندگان مجاز بتوانند در محیط مناسب از پروندهها استفاده نمایند.
- ۴- فضای ذخیره سازی برای پرونده های حال و آینده وجود داشته باشد که شامل:

الف) فضای بایگانی فعال

ب) فضای بایگانی غیر فعال

در ضمن بایگانی باید کاملاً امن باشد تا از نابودی و مفقود شدن پرونده ها جلوگیری شود.

۵- موقعیت بخش از نظر فیزیکی شامل:

الف) به بیماران بستری، سرپایی و اورژانس نزدیک باشد

ب) به آسانی قابل دسترس برای گروههای پزشکی و سایر استفاده کنندگان و بیماران

باشد (نمودارهایی برای راهنمایی به بخش وجود داشته باشد)

ج) بایگانی را کد یا غیر فعال باید در داخل بخش یا کاملاً جنب آن واقع شود و یا

مستقیماً بوسیله یک پلکان در زیر زمین آن قرار گیرد.

۶- در واحد پذیرش رعایت حق محرمانگی بیمار در هنگام اخذ اطلاعات رعایت گردد.

وظایف واحدهای بخش مدارک پزشکی بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی

واحد پذیرش

از آنجایی که بخش پذیرش اولین گام جهت ورود بیماران به مراکز درمانی است به این نام خوانده می شود، اما وظیفه حفظ مدارک مربوطه به بیماران ترخیصی و فوتی، مسئولیت انتقال بیماران، برنامه ریزی اعمال جراحی، دادن اطلاعاتی در مورد شرایط بیمار به وی نیز به عهده واحد پذیرش می باشد. بنابراین واحد پذیرش بیمارستان در سازمانی که ارائه دهنده مراقبتهای حرفه ای برای بیماران است به عنوان قلب بیمارستان محسوب می گردد.

واحد پذیرش به عنوان سیستم مخابراتی (پیغام رسانی و انتقال اطلاعات) بیمارستان می باشد و هر ۲ تعاریف فوق شایسته این واحد است.

واحد پذیرش بیماران در بیمارستان نباید صرفاً به عنوان پذیرش بیماران و گذراندن آنان از یک کانال روتین و فرستادن آنان به اطاق یا بخش باشد بلکه واحد پذیرش شبیه به سایر بخشهای بیمارستان باید خط مشی های واضح و قابل درکی را داشته باشد که فعالیتهای گوناگون آن را تحت پوشش قرار دهد؛ و این خط مشی ها توأم با رعایت حقوق بیماران و ایجاد ارتباطی خوب بین بیمارستان و مراجعه کنندگان باشد. همچنین در واحد پذیرش رعایت حق محرمانگی بیمار در هنگام اخذ اطلاعات باید رعایت گردد.

خط مشی‌های پذیرش عبارت است از:

- پذیرش و ترخیص بیماران
- برنامه‌های اعمال جراحی (تعیین نوبت)
- انتقال بیماران
- ایجاد نظم جهت موارد اورژانسی و مرتب نمودن آن.
- صدور گواهی تولد و فوت
- ایجاد ارتباط مناسب با بیماران، عیادت کنندگان، سایر مراجعین که به نحوی با بیمارستان ارتباط دارند.
- اجرای روند ترخیص در شرایطی که با وجود خدمات ارائه شده به بیمار، وی فوت نموده است.

لازم به ذکر است که قبل از تأیید هر خط‌مشی باید در مورد آن با بخشهای مختلف مشورت نمود. اثرات ناشی از اجراء، برقراری و تغییر خط‌مشی‌های جدید در بخشهای متفاوت مختلف است و بعد از تأیید خط‌مشی‌ها، مسئولیت واحد مدیریت برقراری تعاریف و روشها و دستورالعملها (Procedures)، در فعالیتهای هر واحد می‌باشد.

واحد بایگانی مدارک پزشکی

همانگونه که مطرح شد مدارک پزشکی عبارت است از دلیل قابل مشاهده‌ای از آنچه که در بیمارستان انجام یافته و سندسازی به موقع در مورد اقدامات بهداشتی و درمانی که برای بیماران انجام شده است.

لذا در واحد بایگانی توسط کادر واحد مذکور باید مدارک پزشکی تنظیم، تکمیل و مرتب گردد. در بررسی پرونده وجود کلیه اوراق مربوط به اقدامات خاصی که جهت بیمار در آن مرکز درمانی انجام یافته است تثبیت و با سیستمی مناسب نگهداری می‌گردد؛ تا امکان دستیابی به حداکثر اطلاعات در حداقل زمان در بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی مقدور شود. محل بایگانی باید در طبقه زیرین یعنی مستقیماً در زیر بخش مدارک پزشکی قرار گیرد. استفاده از راه پله داخلی برای عبور و مرور افراد و آسانسور مخصوص حمل پرونده و یا سایر سیستمهای جایجایی پرونده‌ها باعث سهولت دسترسی به پرونده‌های پزشکی و جلوگیری از بهدر رفتن وقت و بی‌نظمی فضای کار می‌شود. این طراحی در عملکرد بهتر بایگانی موثر خواهد بود. در بایگانی بهداشت محیط کار از جنبه‌های مختلف از قبیل تسهیلات رفاهی - روشنایی (غیر مستقیم) - سرو صدا - تهویه مطبوع - رطوبت (۵۰-۶۵ درصد) - حرارت

(۲۰-۲۵) - اخطار های آتش نشانی (دیوارها و کف ضد حریق باشد) پاکیزگی (جلوگیری از نشستن گرد و خاک روی پرونده ها) - حشرات - بیماریهای شغلی و عوارض ناشی از آن مورد بحث قرار گیرد.

واحد کدگذاری

هدف از تخصیص شماره رمز یا کد، تعیین تشخیص و تفکیک موضوعات مورد بررسی از یکدیگر و سهولت مراجعه به اطلاعات و ارائه آمارهای مختلف می باشد. وجود کتاب ICD منجر به هماهنگی روش اجرایی طبقه بندی بیماریها و روشهای درمانی در کشورهای متعدد و انجام کدگذاریها، راه موثری جهت طبقه بندی مدارک پزشکی براساس تشخیص های داده شده و درمانهای انجام یافته برای بیماران، بازنگری مراقبتهای بهداشتی، وصول به مدارک پزشکی بطور سریع و در کوتاه مدت، تحقیق و پژوهش در زمینه بیماریها و درمان آنها و دستیابی به آمارهای بهداشتی و حیاتی در یک مرکز درمانی می باشد. از همه مهمتر اینکه با بکارگیری صحیح سیستم های کدگذاری، اطلاعات بسیار گسترده و با ارزشی در زمینه های مختلف آموزشی علوم پزشکی و پیراپزشکی بدست خواهد آمد. انجام اقدامات فوق منجر به بهبود شرایط بهداشتی محیط، جلوگیری و کنترل بیماریها، هماهنگی و توسعه تحقیقات پزشکی - زیستی و بهداشتی و طرح ریزی و اجرای برنامه بهداشتی می گردد. طی نمودن مراحل تعالی در بهداشت در گرو اجرای مواردی همانند پایه گذاری استانداردهای بهداشتی برای موارد بیولوژیکی و دارویی، دستورات بهداشتی بین المللی، طبقه بندی علت های مرگ و میر و جمع آوری و انتشار اطلاعات آماری بهداشتی است.

واحد آمار بیمارستانی

آمار بیمارستانی منعکس کننده کلیه فعالیتهای مراکز درمانی می باشد و به دو قسمت آمارهای پزشکی و بهداشتی تقسیم می شود. که هر کدام بیانگر گروهی از اطلاعات قابل استناد هستند. آمار بیمارستانی اگر به گونه ای صحیح جمع آوری شود و توسط کارشناسان فن مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد منشاء بسیار مهمی برای ارزیابی وضعیت بیمارستان و وسیله نظارتی مفیدی در دست مدیران می باشد. ارزیابی صحیح و آنالیز درست اطلاعات جمع آوری شده راهگشایی برای بهتر نمودن وضعیت پزشکی و بهداشتی مراکز بهداشتی و درمانی می باشد.

برسنل مدارک پزشکی

در هر برنامه ریزی صحیح به خصوص در طراحی ساختاری بیمارستان لازم است که در ابتداً تعداد نیروی انسانی مورد نیاز و نیز افرادی که از فضاهای مختلف آن به نحوی استفاده می کنند مشخص و معین گردد.

برای تعیین و تشخیص این تعداد، نیاز به معیارهای موردقبول و علمی است که براساس امکانات فضای داخل ساختمان، محیط خارج آن، سیستم‌های گردش کار و نیز اطلاع از هدف ایجاد و نوع خدمت موردنظر و وسعت فعالیتهای موجود در هر واحد پیش‌بینی شده باشد. تا نه تنها در محاسبات و طراحی ساختمان از نظر تردد، گردش کار و غیره مورد استفاده و احتساب قرار گیرد بلکه نسبت به تربیت نیروی انسانی موردنیاز قبل از راه‌اندازی، اقدامات لازم به عمل آید.

با این دیده عده‌ای از کارشناسان علوم بیمارستانی طی برآورد و بررسی در ایران استاندارد پرسنل موردنیاز برای بیمارستانهای تیپ ۱۲۸ تختخوابی را که مبنای انتخاب برای استاندارد تجهیزات نیز بوده است، جهت بخش مدارک پزشکی به شرح زیر پیشنهاد کرده‌اند.

۱ نفر	(۱) رئیس اداره اطلاعات و آمار مدارک پزشکی ^(۱)
۱ نفر	(۲) مسئول پذیرش و اطلاعات
۳ نفر	(۳) متصدی پذیرش سرپائی و بستری اورژانس ^(۲)
۱ نفر	(۴) منشی و ماشین نویس ^(۳)
۲ نفر	(۵) متصدی اطلاعات ^(۴)
۱ نفر	(۶) مسئول آمار
۲ نفر	(۷) متصدی مدارک پزشکی
۶ نفر	(۸) منشی بخشها

همچنین بر اساس نشریه شماره ۴ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مربوط به دفتر تشکیلات و بودجه در خصوص روشها و استانداردهای تشکیلاتی بیمارستانهای آموزشی درمانی سال ۱۳۷۱^(۵) چارت تشکیلاتی به شرح زیر موجود است:

عنوان	۰-۱۰۰ تخت	۱۰۰-۳۰۰ تخت	۳۰۰ تخت به بالا
مسئول بایگانی و مدارک پزشکی و آمار	۱	—	—
مسئول پذیرش و اطلاعات	—	۱	۱
مسئول بایگانی	—	۱	۱
متصدی پذیرش و اطلاعات	۴	به ازای هر ۱۰۰ تخت اضافی یک نفر	

(۱) - کدگذاری توسط رئیس پذیرش و اطلاعات و آمار و مدارک پزشکی انجام می‌شود.

(۲) - تعداد پرسنل برای ۲ شیفت کاری صبح و عصر و ۵ واحد درمانگاهی و یک شیفت روزهای تعطیل در نظر گرفته شد ..

(۳) - پرسنل پیشنهادی بایستی مسلط به تایپ فارسی و لاتین باشند.

(۴) - تعداد پرسنل پیشنهادی برای دو شیفت کاری و ایام تعطیل و پیچ کردن در نظر گرفته شده است.

(۵) - تهیه شده توسط دکتر عباس معافی و گروه کارشناسان دفتر تشکیلات و بهبود روشها.

متصدی پذیرش و آمار	۲	به ازای هر ۱۰۰ تخت اضافی یک نفر
بایگانی مدارک پزشکی	۲	به ازای هر ۱۰۰ تخت اضافی یک نفر
جمع	۹	

فضای مورد نیاز وامدهای بخش مدارک پزشکی

شامل:

- ۱- واحد پذیرش
- ۲- واحد آمار
- ۳- واحد بایگانی
- ۴- واحد کدگذاری بیمارها
- ۵- اطاق رئیس بخش
- ۶- اطاق مطالعه پروندهها
- ۷- اطاق رخت کن پرسنل
- ۸- دستشویی

۱- فضای بخش مدارک پزشکی بغیر از مخزن بایگانی

الف- فضای موردنیاز برای هر پرسنل ۶۰ فوت مربع که معادل ۵/۵۷۴ متر مربع

ب- فضای راهروی بین تجهیزات بایگانی

فعال	۳۰ اینچ (۷۶/۲) سانتی متر
غیرفعال	۲۸ اینچ (۷۱/۱۲) سانتی متر

ج- فضای بین میز و صندلی

اگر میزها در یک جهت هستند ۲ فوت

اگر کارکنان پشت به پشت هم باشند فاصله بین صندلیها ۴ فوت

د- پهنای راهروهای اصلی ۵ فوت سایر راهروها ۳ فوت

ه- فضای آسانسور حمل پروندهها بنا به ضرورت بخش

۲- فضای مخزن بایگانی برای پروندههای فعال و غیرفعال مدارک پزشکی

الف - بایگانی فعال

بمنظور تعیین فضای مورد نیاز چند روش وجود دارد:

روش اول - مساحت این قسمت به ازای هر تخت بیمارستانی در حدود ۳۵/۰ متر مربع در نظر گرفته می شود .

روش دوم - برای محاسبه وسعت بایگانی فعال به ازای یک بیمارستان ۲۵ تختخوابی وسعتی برابر ۳۶ متر مربع در نظر گرفته شده و برای هر ۲۵ تخت اضافی حداقل ۹ متر مربع اضافه می شود.
روش سوم - در بررسی فضای مورد نیاز بایگانی باید تعداد ترخیص بیماران و متوسط ضخامت پرونده ها در نظر گرفته می شود، سپس با احتساب تعداد قفسه ها و ابعاد آنها و همچنین راهروهای متقاطع و ستونها و با در نظر گرفتن زوایا و فضای کار (سطح مفید) را بدست آورد.

برای محاسبه متر از قفسه های مورد نیاز بایگانی پرونده ها از فرمول ذیل استفاده می شود:

$$\text{متر از قفسه} = \text{سالهای تعیین شده برای نگهداری پرونده فعال} \times \frac{\text{تعداد پذیرش شدگان سرپایی در یک سال} + \text{تعداد فوت شده و ترخیص شده در یک سال}}{\text{تعداد پرونده ها در یک متر}}$$

مثال :

-	تعداد پذیرش های سرپایی در سال	۳۰۰۰
-	تعداد ترخیص و بیماران فوتی	۲۳۰۰۰
-	تعداد پرونده ها در سال	۲۶۰۰۰
-	تعداد پرونده در عرض ۷ سال	$۲۶۰۰۰ \times ۷ = ۱۸۲۰۰۰$

نکته: برای محاسبه تعداد پرونده ها در یک متر از فرمول ذیل استفاده می شود.

- تعیین قطر متوسط پرونده که اگر هر پرونده ۲ سانتی متر از فضای خطی را اشغال کند

$$= ۰.۵ \frac{۱۰۰ \text{ سانتی متر}}{\text{قطر هر یک از پرونده (۲ سانتی متر)}}$$

$$\text{متر قفسه مورد نیاز} = \frac{۱۸۲۰۰}{۰.۵} \times ۷ = \frac{۲۳۰۰۰ + ۳۰۰۰}{۰.۵} = ۳۶۴۰$$

نکته: برای محاسبه فضای مورد نیاز برای ۱۰ یا ۲۰ سال آینده با تخمین زدن قابل محاسبه می باشد.

برای مثال اگر در تعداد مرخص شدگان و فوت شدگان و پذیرش سرپایی ۱۰٪ افزایش ایجاد شود

خواهیم داشت:

$$4004 = 3640 + 3640 = 10\% \text{ متر قفسه (فایل خطی) مورد نیاز برای 10 سال آینده}$$

نکته: محاسبه کل واحد های مورد نیاز بایگانی باید فضای ذخیره سازی در هر واحد بر حسب متر (فایل خطی) را تعیین کنیم مثلاً: اگر واحد مورد نظر یک قفسه 6 طبقه ای با 2 متر عرض باشد فضای ذخیره سازی این واحد (2x6) خواهد بود

$$\frac{4004}{12} = 333/66 \text{ یا } 334$$

یعنی 334 قفسه 6 طبقه ای برای بایگانی کردن 4004 متر پرونده مورد نیاز است
برای فایل تر مینال دیجیتال باید متر قفسه مورد نیاز برای هر 2 رقم اولیه محاسبه شود که بر اساس مورد زیر است

$$\frac{4004 \text{ متر قفسه مورد نیاز}}{100 \text{ تعداد قفسه ها در فایل}} = 40 \text{ متر قفسه در قسمت اول}$$

ب- بایگانی غیر فعال

برای محاسبه فضای لازم جهت بایگانی غیر فعال لازم است کل تعداد پرونده های غیر فعال را بر تعداد پرونده ها در یک متر تقسیم کنیم. یعنی اگر 150000 پرونده غیر فعال برای مخزن موجود می باشد و در هر متر 50 پرونده قرار گیرد خواهیم داشت:

$$\frac{150000}{50} = 3000 \text{ متر قفسه}$$

معمولاً پرونده های بایگانی غیر فعال بر اساس نظم سریال فایل می شوند و می توانیم آنها را فشرده تر فایل کنیم یعنی در هر متر حتی می توان حدود 80 پرونده را جای داد.
زیرا:

۱- پرونده غیر فعال در آینده افزایش حجم نخواهد داشت.

۲- احتیاج به فضایی برای ورود و خروج پرونده در فایل نداریم چون میزان استفاده از آنها کم است. یعنی:

$$\frac{150000}{80} = 1875 \text{ متر قفسه}$$

نکته: فضایی را که هر قفسه اشغال می کند برابر با 0/35 متر مربع است پس برای 100 قفسه 350 متر مربع فضا لازم داریم. فضای سالن مطالعه، فضای اطاق رئیس واحد، فضای خاص برای کامپیوتر + دستگاه فتوکپی + دستگاه میکرو فیلم نیز به این فضا اضافه می شود

اهم مسائل در مورد اوراق و بخش مدارک پزشکی عبارتند از:

- ۱- تقویت بخش مدارک پزشکی بیمارستان از نظر نیروی انسانی متخصص بکارگیری نیروهای آموزش دیده در رشته مدارک پزشکی (کاردان و کارشناس و بالاتر) و نیز رشته آمار حیاتی.
- ۲- مسئول بخش مدارک پزشکی باید دارای مدرک کارشناسی یا بالاتر و مسئولین واحدهای وابسته حداقل مدرک کاردانی در رشته مدارک پزشکی یا آمار حیاتی باشند.
- ۳- لازم است در کلیه بیمارستانها از فرمهای استاندارد و یکسال وزارت متبوع که در اختیار همه دانشگاهها/دانشکدهها قرار می گیرند، استفاده گردد. استفاده از فرمهای متفرقه ممنوع است.
- ۴- برگ پذیرش بیمار باید تایپ شده (ماشین تایپ یا چاپ رایانه‌ای) باشد و در صفحه اول پرونده درج گردد.
- ۵- کلیه محتویات پرونده باید یا به صورت ماشینی یا با خط خوانا و واضح باشد و در صورت استفاده از کلمات لاتین باید از املاء صحیح استفاده گردیده و کلمات به صورت کامل و خوانا نوشته گردد. ذکر نام کامل داروها و اسامی و اصطلاحات ضروریست و نباید از علائم اختصاری (بجز از علائم اختصاری و نمادهای رایج و استاندارد) استفاده گردد. در غیر این صورت در ثبت اولیه علامت اختصاری در متن باید معادل کامل آن در داخل پرانتز ذکر گردد.
- ۶- در برگ شرح حال علاوه بر مشخصات بیمار، تاریخ و ساعت معاینه، شکایت اصلی و شرح بیماری فعلی؛ لازم است حداقل موارد زیر ذکر و ثبت گردد:
 - مسائل مهم از تاریخچه قبلی شامل تمام موارد بستری با ذکر تاریخ و محل دقیق بستری،
 - تاریخچه دارویی شامل فهرست تمام داروهای مصرفی مهم قبلی و فهرست تمام داروهای مصرفی فعلی،
 - فهرست کلیه حساسیت‌های شناخته شده (دارویی و غیردارویی). کلیه حساسیت‌های مهم باید علاوه بر درج در برگ شرح حال، در کاردکس دارویی بیمار با رنگ مشخص ثبت گردد.
 - رئوس تاریخچه فامیلی،
 - توصیف وضعیت عمومی بیمار در زمان معاینه،
 - علائم حیاتی در زمان معاینه (تعداد ضربان قلب - فشار خون حداکثر و حداقل - تعداد تنفس - درجه حرارت)،
 - رئوس یافته‌های مهم معاینه فیزیکی با تاکید بر یافته‌های ارگان و یا عضو و یا ناحیه مبتلا و سایر نواحی.

- ۷- در پایان صفحه شرح حال باید تشخیص‌های احتمالی ذکر گردیده، نام و نام خانوادگی پزشک معالج و تاریخ و ساعت ویزیت خوانا نوشته شده و سپس توسط پزشک معالج مهر و امضا گردد.
- ۸- تاریخ و ساعت ویزیت و یافته‌های مهم در زمان ویزیت‌های بعدی توسط پزشک معالج در برگه سیر بیماری باید ثبت و امضاء گردد.
- ۹- دستورات پزشکی باید باخط خوانا و به زبان فارسی توسط پزشک معالج یا مشاور در برگ دستورات پزشکی ثبت و امضاء گردد (امضاء نیز باید خوانا باشد) در صورت استفاده از کلمات لاتین باید از املاء صحیح استفاده گردیده و کلمات به صورت کامل و خوانا نوشته شود.
- تبصره- بیمارستان فقط در رابطه با ویزیت‌هایی که با ثبت سیر بیماری و دستور و امضاء پزشک معالج در صفحه دستورات پزشک همراه باشد، می‌تواند از بیمار حق ویزیت دریافت نماید.
- ۱۰- در رابطه با کلیه درمانها، نمونه برداری‌ها و اعمال جراحی (اعم از کوچک و بزرگ، با بیهوشی عمومی یا بدون آن)، و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی، لازم است در زمان بستری شدن بیمار، ورقه رضایتنامه توسط شخص بیمار یا اولیای قانونی وی امضاء و اجازه این اقدامات درمانی و تشخیصی با صراحت اخذ گردد. در موارد اورژانس و در شرایط اضطراری اخذ این رضایتنامه الزامی نیست. در این موارد، پزشک معالج و دو نفر پزشک واجد شرایط دیگر باید ضرورت انجام این اقدامات تشخیصی و درمانی را گواهی نموده و پس از امضاء به مهر نظام پزشکی ممهور و در پرونده بیمار ثبت نمایند. در موارد استثنائی که دسترسی به سه نفر پزشک وجود ندارد گواهی دو نفر و حتی یک نفر کفایت می‌نماید؛ مشروط بر اینکه موقعیت استثنایی فوق تشریح گردد. در هیچ شرایطی ادامه خدمات فوری و حیاتی به بیمار نباید دچار وقفه گردد.
- ۱۱- در رابطه با کلیه نمونه‌برداری‌ها و اعمال جراحی (کوچک و بزرگ)، و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی مهم، لازم است قبل از اقدام، نوع اقدام توسط پزشک در برگ دستورات پزشک ثبت گردیده و در حدود عرف، بیمار یا اولیای قانونی وی در رابطه با فوائد و مضار و هزینه‌های مربوطه توجیه گردند (موارد فوریت‌های پزشکی از این بند مستثنی می‌باشند).
- ۱۲- لازم است قبل از انجام اعمال جراحی، تشخیص قبل از عمل و بعد از پایان جراحی، تشخیص بعد از عمل در برگه شرح عمل جراحی ثبت گردد. مشخصات بیمار، روش بیهوشی، مشخصات جراح و کمک جراح و متخصص بیهوشی و پرستار اسکراب و پرستار در گردش، توصیف یافته‌های مهم زمان عمل جراحی، مدت عمل و بیهوشی، لیست داروهای مصرف شده، میزان خون تزریق شده و سرمهای مصرف شده و سایر اقدامات و یافته‌های جراحی و بیهوشی باید در اوراق مربوطه ثبت و توسط پزشکان مسئول جراحی و بیهوشی با ذکر تاریخ و ساعت، امضاء گردد.

۱۳- کلیه تصویر برداری‌ها، کپی نتایج آزمایشات، کپی نتایج آسیب شناسی و یک کپی از خلاصه پرونده مربوط به بیمار، باید در زمان ترخیص به وی تحویل گردد. در صورت موافقت بیمار کلیشه‌های رادیولوژی می‌تواند در بایگانی رادیولوژی بیمارستان نگهداری شود. در رابطه با برگ‌های جواب آزمایش، گزارش تصویربرداری‌ها، گزارشاتی مانند ماموگرافی، در صورت درخواست بیمار، لازم است تصویر آن به وی داده شود. در کلیه موارد یک نسخه (نسخه اصلی و در غیر این صورت باید با نسخه اصلی مطابقت داشته باشد)، باید در پرونده بیمار درج گردد و به عنوان مدارک پزشکی توسط بیمارستان نگهداری و محفوظ گردد. بدیهی است در کارت ترخیص علاوه بر مشخصات بیمار باید شماره پرونده و شماره بایگانی رادیولوژی و اطلاعات ضروری تکمیلی دیگر ثبت گردد. لازم است بیمار در موقع ترخیص، در مورد لزوم نگهداری کارت ترخیص، برگه خلاصه پرونده، کلیشه‌های تصویربرداری، نتایج آزمایشات، توسط پرستار مربوطه توجیه گردد و کلیه توصیه‌های مهم به وی یا همراهان وی تذکر داده شود.

آزمایشات و تصویر برداری‌های قلبی بیمار، مانند آزمایشات انجام شده در خارج از بیمارستان، نباید عیناً ضمیمه پرونده بیمار بایگانی گردد. در صورت ضرورت، بیمارستان می‌تواند از آزمایشات و تصویربرداری‌های مورد نیاز یک عدد کپی تهیه نموده و ضمیمه پرونده نماید.

برگه خلاصه پرونده باید خوانا و واضح بوده، ترجیحاً تایپ شده باشد و حاوی مشخصات کامل بیمار، تاریخ مراجعه و تاریخ اقدامات مهم مانند اعمال جراحی، وضعیت بیمار در بدو مراجعه، اقدامات مهم صورت گرفته، تاریخ و وضعیت بیمار در زمان ترخیص بوده و به مهر و امضای پزشک معالج رسیده باشد.

در زمان ترخیص در برگ پذیرش اطلاعات راجع به تشخیص حین بستری و تشخیص نهائی و اعمال جراحی انجام شده، ثبت گردیده و سپس کد بیماری فرد براساس سیستم ICD نوشته گردد.

تبصره- ضروریست، پرونده‌های بیمارستانی به مدت ۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار، در بایگانی فعال بیمارستان نگهداری شود. پس از انقضای این مدت ورقه خلاصه پرونده، شرح عمل جراحی و گزارش آسیب‌شناسی باید در بایگانی راکد بیمارستان نگهداری شوند.

تبصره- پرونده مجروحین جنگی، بیماران مبتلا به سوختگی، بیماران قلبی و بیماران اعصاب و روان باید حداقل به مدت ۲۵ سال در بایگانی فعال نگهداری شوند.

برای کلیه بیمارانی که به مراجعات سرپائی مکرر نیاز دارند، لازم است پرونده سرپائی حاوی مشخصات کامل، شرح حال، معاینه بالینی و تشخیص، و خلاصه اقدامات انجام شده مشتمل بر نتایج آزمایشات، رادیوگرافها، مراجعات بعدی و توصیه‌های مهم، تشکیل گردد. این پرونده‌ها باید حداقل به مدت دو سال از آخرین مراجعه، در بایگانی فعال بیمارستان نگهداری شود. بعد از این تاریخ با

ثبت مشخصات بیمار و خلاصه اطلاعات در یک دفتر مخصوص، میتوانند پرونده فوق را از بایگانی فعال خارج نمایند.

توضیح مهم:

لازم است جهت بیماران مراجعه کننده به یک بیمارستان از روش شماره گذاری واحد استفاده گردد (منظور اینست که در مراجعات بعدی، با همان شماره پرونده قبلی بیمار پذیرش گردیده، تمام مراجعات در همان پرونده اولیه و تحت همان شماره اولیه ثبت گردد).

توصیه ضروری و بسیار مهم در رابطه با مدارک پزشکی:

توصیه می گردد از نظام دو رقمی انتهائی (Terminal two Digit System) در بایگانی استفاده گردد.

مسئولین پذیرش در شیفت‌های عصر و شب باید به سیستم بایگانی بیمارستان آشنا بوده، در موارد ضروری بتوانند پرونده‌های مورد نیاز را در اختیار کادر درمانی قرار دهند.

با توجه به اهمیت اطلاعات بیمارستانی و پیشرفت روش‌های اطلاع رسانی، لازم است واحدهای مدارک پزشکی بیمارستانها به تسهیلات مناسب مجهز باشند (کامپیوتر و نرم افزارهای کارآ و هوشمند و سایر ابزارهای تکنولوژیک).

واحدهای مدارک پزشکی بیمارستانها موظف به تهیه و گزارش اطلاعات معتبر پایه‌ای از فعالیتهای بیمارستان براساس دستورالعملهای موضوعه، در فواصل ماهیانه، براساس درخواست وزارت متبوع، دانشگاه/ دانشکده مدیریت، شوراها و کمیته‌های بیمارستانی میباشند. بعضی از مصادیق آمارهای بیمارستانی به شرح زیر می باشند:

- تعداد مراجعات به اورژانس، موارد بستری، موارد ترخیص، تعداد ویزیت به صورت سرپائی، تعداد اعمال جراحی سرپائی، تعداد اعمال جراحی بزرگتر (بستری)، موارد مرگ و میر، نسبت‌های بین پارامترهای فوق و ...

- تعداد تخت‌های ثابت - تعداد تخت‌های فعال - درصد اشغال تخت (متوسط ماهیانه مجموع بیمارستان و به تفکیک بخشهای مختلف)

- تخت روز و متوسط اقامت بیماران قبل از ترخیص

- تعداد مراجعات به درمانگاه‌های بیمارستان و تعداد دفعات ویزیت بیماران به صورت سرپائی. تعداد نسخ صادره و ... (متوسط ماهیانه مجموع بیمارستان و به تفکیک درمانگاه‌های مختلف)

- تعداد آزمایشات انجام شده، تعداد کلیشه‌های رادیولوژی، سایر اقدامات پاراکلینیک.

- تعداد اعمال جراحی بزرگ، متوسط و کوچک، یا بیهوشی عمومی و بدون آن، به صورت سرپائی یا بستری، به تفکیک بخشهای مختلف.
- موارد مرگ و میر یکماهه، در کل بیمارستان و به تفکیک بخشهای مختلف، در ۲۴ ساعت اول و در روزهای بعد و ...

آمار تفکیکی بیماریها براساس لیست مربوطه
 آمار تفکیکی بیماریهایی که به موجب قانون باید گزارش گردند.

تبصره- چنانچه به درخواست مراجع رسمی، آمار و یا اطلاعات ویژه‌ای درخواست گردد، واحدهای فوق موظف به ارائه آنها میباشند.

تبصره- واحدهای مدارک پزشکی موظف خواهند بود گزارش ماهیانه را از طریق رئیس بیمارستان به معاونت امور درمان و داروی دانشگاه ارسال نمایند.

تبصره- واحدهای مدارک پزشکی موظف خواهند بود علاوه بر گزارشات منظم ماهیانه، یک گزارش جامع سالیانه از فعالیتهای بیمارستان تهیه و در این گزارش ضمن اشاره به کلان‌فعالیتها، به صورت مقایسه‌های شاخصهای فعالیت بیمارستانی را در مقایسه با سالهای قبل، شاخصهای رشد را تعیین و با پیشنهادات ارشادی به مسئولین مربوطه گزارش نمایند. توصیه میشود پس خوراند این گزارشات از طریق مدیریت بیمارستان به واحدهای مدارک پزشکی ارسال و در فعالیتهای آتی مورد توجه قرار گیرد.

تبصره- مدارک پزشکی و مراکز بایگانی و اطلاع‌رسانی پزشکی مهمترین منابع برای مطالعات اپیدمیولوژیک و تحقیقات بالینی محسوب میگردند. به این اعتبار علاوه بر وظایف مربوط به ثبت، گزارش‌دهی و نگهداری مدارک پزشکی و بیمارستانی، باید روشهای خود را به شیوه‌ای علمی و آماری و معتبر اصلاح نمایند و در این وع تحقیقات مشارکت داشته باشند. چنانچه از منابع اطلاعاتی بیمارستانی برای تحقیقات استفاده بعمل آید، لازم است مشخصات بیمارستان در زمان گزارش نتایج تحقیق درج و اصالت منابع تحقیق محفوظ بماند. هم‌چنین توصیه میگردد یک نسخه از گزارشات نهائی تحقیقات انجام شده در مراکز بایگانی و مدارک پزشکی و یا کتابخانه همان بیمارستان در یک فایل جداگانه نگهداری گردد. یکی از معیارهای مهم برای ارزیابی عملکرد این مراکز، تعداد و محتوی تحقیقات بعمل آمده براساس منابع بیمارستان موردنظر میباشد. ضرورت دارد فایل تحقیقاتی مورد اشاره سهولت در دسترس ارزشیابان قرار داشته باشد.

کمیته‌های بیمارستانی

کمیته‌های بیمارستانی با هدف تقویت عملکرد و رفع مشکلات و معضلات موجود در موضوعات خاص تشکیل می‌گردد. کمیته‌های اصلی بیمارستانی در مواردی فعالیت می‌نمایند که همکاری چند جانبه گروهها و بخشهای مختلف بیمارستانی برای فراهم آوردن زمینه‌های بهبود عملکرد لازم و ضروری است.

در مواردی که عملکرد یکی از واحدهای بیمارستانی با اشکال مواجه گردیده است یا به واسطه شرایط موجود، نیاز به تأکید و تقویت موضوع می‌باشد کمیته‌های ویژه جهت رفع نواقص موجود و بهبودی سیستم با استفاده از توان و همکاری دیگر بخشهای بیمارستانی تشکیل می‌گردد.

اسامی و مشخصات کمیته‌های بیمارستانی از زیرمجموعه کمیته اصلی (شورای) مدیریت کیفیت بیمارستان:

- ۱- کمیته اسناد و مدارک پزشکی و تنظیم پرونده‌ها،
- ۲- کمیته ایمنی و ترویج زایمان طبیعی و کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان،
- ۳- کمیته تغذیه و رژیمهای درمانی،
- ۴- کمیته دارو و تجهیزات،
- ۵- کمیته مرگ و میر،
- ۶- کمیته بهداشت و کنترل عفونت بیمارستانی و لنژ،
- ۷- کمیته سوانح، فوریتهای پزشکی و حوادث غیر مترقبه،
- ۸- کمیته آسیب‌شناسی و نسوج،
- ۹- کمیته کادر پزشکی پرسنل پرستاری و کارکنان بیمارستان.

کمیته اسناد و مدارک پزشکی و تنظیم پرونده‌ها

برای احراز کیفیت مطلوب در ارائه خدمات بیمارستانی یک سیستم خوب و معتبر اطلاعات و آمار ضروری است. وجود کمیته‌های تحت این عنوان به این هدف کمک می‌نماید. پرونده‌های پزشکی احتمالاً مفیدترین منبع برای ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده بشمار می‌روند. (جزئیات وضعیت بیماران - تعامل بین بیماران و پرسنل درمانی - اطلاعات در مورد نتایج درمانی در این پرونده‌ها سهولت قابل استحصال میباشد).

از مسائل حائز اهمیت پرونده‌های بیمارستانی، امکان انجام مطالعات همزمان و گذشته نگر می‌باشد. ابعاد آموزشی و پژوهشی و پیگیری نتایج درمانهای انجام شده در همین سطح قابل انجام است. استفاده‌های قانونی و جنبه‌های حقوقی مدارک پزشکی از دیگر مسائل مهم قابل تأکید در بحث آمار و مدارک پزشکی بشمار میرود.

نهایتاً موضوع پرونده نویسی و نحوه نگارش داده‌های پزشکی و درمانی بیماران در زمره مهمترین مسائلی است که باید روند منطقی و مطلوب داشته باشد. و در سطح این کمیته نیز مورد بررسی و نظارت دائمی قرار داشته باشد.

ترکیب اعضاء کمیته اسناد و مدارک پزشکی در بیمارستانهای عمومی:

رئیس یا مدیر بیمارستان یا نماینده آنها،
سرپرست بخش آمار و مدارک پزشکی (دبیر کمیته)،
یک نفر پزشک شاغل در بیمارستان آشنا به موضوع،
مترون یا سوپروایزر بیمارستان یا نماینده آنها،
معاون اداری و مالی یا رئیس امور اداری بیمارستان،
در صورت امکان یک نفر اپیدمیولوژیست یا کارشناس آمار حیاتی.
در غیر این صورت یکی از پزشکان متخصص بیمارستان به انتخاب رئیس بیمارستان که اطلاعات کافی داشته باشد.

مسائلی که ارزشیابان در مورد سیستم بایگانی، اسناد و مدارک پزشکی پرونده‌های بیمارستانی و امثالهم

بایستی مورد دقت و بررسی قرار دهند:

- وجود بخش یا واحد بایگانی اسناد و مدارک پزشکی
- استفاده از سیستم مکانیزه و کامپیوتر در بایگانی مدارک پزشکی
- حضور و فعالیت موثر مسئول واحد بایگانی اسناد و مدارک پزشکی (دارای مدرک فوق یا مدارک آمار حیاتی)
- کامل بودن پرونده‌های بیمارستانی و نظام پرونده نویسی صحیح و علمی در دسترس بودن گزارشات منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان
- گزارشات ادواری و گزارشات تنظیم شده سالیانه
- دسترسی آسان به پرونده‌ها
- مشارکت و همکاری واحد مدارک پزشکی بیمارستان در امور پژوهشی
- جلسات کمیته باید حداقل هر ماه یکبار تشکیل گردیده و صورتجلسه از طریق ریاست بیمارستان به معاونت امور درمان و داروی دانشگاه مربوطه ارسال گردد. بدیهی است در دانشگاه ضمن بررسی و اتخاذ تصمیمات مقتضی این گزارش، مشتمل بر نظریه معاونت امور و دارو باید در پرونده بیمارستان مورد نظر ثبت و در زمان ارزشیابی از آن استفاده گردد. صورتجلسه کمیته باید در فایل به نام کمیته فوق درج و به عنوان اسناد بیمارستان نگهداری شود.

چارت تشکیلاتی کمیته مدارک پزشکی بیمارستانها

