



مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی ایران

مدارک پزشکی

مدارک پزشکی که اصطلاح انگلیسی آن **MEDICAL RECORDS** می باشد عبارت است از کلیه اوراق و مدارکی که به ضرورت خدمات پزشکی و پیراپزشکی داده شده به یک بیمار در یک مرکز پزشکی بیمارستان و یا درمانگاه تهیه و به ترتیب تاریخ به نحو قابل دسترس نگهداری می گردد تا در موقع لزوم به منظور معالجات بعدی بیمار تحقیقات و آموزش و بررسی خدمات داده شده از لحاظ کمی و کیفی مورد استفاده قرار می گیرد.

در سازمان های مراقبت سلامت مثل بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهمترین، غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد. پرونده پزشکی بیمار مهم ترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات و آنالیز مراقبت های بهداشتی و درمانی است و بیانگر کلیه اطلاعات مربوط به تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص ها، آزمایشات، معاینات، روش های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و ... می باشد. در مجموع می توان کاربردهای پرونده های پزشکی را بصورت زیر بیان کرد:

- به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
- به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند.
- به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ به درمان بیمار
- به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
- پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
- به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
- به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی

- جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- به عنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
- کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی (به خصوص رشته های پزشکی و پرستاری)

واحد مدارک پزشکی دارای چهار زیر مجموعه می باشد :

1- واحد پذیرش 2- واحد بایگانی 3- واحد کدگذاری 4- آمار

واحد پذیرش

از مهم ترین وظایف و عملکردهای این بخش، دریافت صحیح اطلاعات و ثبت آنها در فرمهای مخصوص و نیز ایجاد روند مناسبی برای ادامه درمان بیمار و عملیات مربوط به آن می باشد.

این واحد نزدیک در ورودی بیمارستان، در دید مستقیم مراجعین و در محلی با حداقل رفت و آمد قرار دارد، همچنین به راحتی در دسترس بیماران و همراهان می باشد.

اهمیت بخش پذیرش صرف نظر از اقدام پذیرش و ترخیص بیماران، با داشتن روابط عمومی مناسب با بیماران ارزیابی می شود.

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.

شرح وظایف پذیرش بیمارستان

- بررسی مدارک بیماران در زمان پذیرش و دریافت یک کپی از مدارک بیمه ای
- آگاهی و اطلاع رسانی به بیماران و مراجعین و راهنمایی ایشان
- پذیرش بیماران (بستری، سرپایی، اورژانس و تحت نظر)
- تعیین هویت دقیق بیمار در زمان پذیرش جهت پیشگیری از عواقب قانونی
- تشکیل پرونده به همراه ثبت دقیق آدرس و مشخصات بیمار از روی مدارک معتبر و عکس دار طبق مقررات
- اخذ کد ملی بیمار در زمان پذیرش
- ثبت مشخصات هویتی و آدرس آورنده یا همراه بیمار
- اخذ رضایت نامه های لازم در پشت برگ پذیرش طبق قوانین و مقررات
- ثبت اطلاعات بیمار و شماره دهی پرونده از طریق کامپیوتر
- ارسال پرونده بیمار به بخش پس از اطمینان از آمادگی پرسنل بخش برای پذیرش بیمار

- ایجاد ارتباط منطقی با بخش جهت مبادله اطلاعات بیماران
- اطلاع به مسئولین بیمارستان و نیروی انتظامی در مواردی که طبق قانون مشخص شده است
- پیگیری و انجام اموری که از طرف مقام مافوق ابلاغ می شود
- دارا بودن حسن خلق و روابط عمومی بالا برای برقراری ارتباط با ارباب رجوع و راهنمایی مراجعین جهت ارجاع به واحدها و بخشهای مختلف

توانمندیهای پرسنل واحد پذیرش

- * توانایی کار با کامپیوتر
- * توانایی کار با نرم افزارهای بیمارستانی
- * آشنایی با جنبه های قانونی مدارک پزشکی و رضایت نامه ها
- * آشنایی با مهارتهای ارتباطی با مراجعین
- * آشنایی با انواع روش های شماره دهی به پرونده ها
- * آشنایی با اصول مستندسازی مدارک پزشکی
- * آشنایی با اصول پذیرش بیماران مجهول الهویه
- * آشنایی با برنامه تحول نظام سلامت
- * سرعت عمل همراه با دقت بالا

تکمیل فرم پذیرش در سیستم HIS

1- تمامی اطلاعات هویتی و دموگرافیک مربوط به بیمار ثبت شوند. این اطلاعات شامل شماره پرونده، نام، نام خانوادگی، نام پدر، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، کدملی، محل صدور شناسنامه، جنسیت، وضعیت تاهل، مذهب، شغل، محل کار، آدرس، تلفن، مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار.

* تبصره : در قسمت آدرس ذکر نوع سکونت (شهری- روستایی- حاشیه - عشایری و سایر) الزامی است.

2- نام و نام خانوادگی بصورت کامل ثبت شوند، بخصوص پسوند های (فامیلی) مربوط به نام خانوادگی ثبت گردد.

3- اطلاعات هویتی بیمار از روی مدارک شناسایی معتبر (کارت ملی، شناسنامه و...) تکمیل گردد، و احراز هویت

4- آدرس و تلفن بیمار و همراه وی، بصورت کامل و دقیق ثبت گردد. توصیه می گردد که در مورد بیمار و همراه وی هم تلفن ثابت و هم تلفن همراه ثبت گردد. ثبت آدرس بصورت دقیق و کامل در موارد خاص مثل فرار بیمار، می تواند به بیمارستان کمک زیادی کند.

به منظور تسهیل در بازیابی اطلاعات، بیمارستان باید دستورالعمل مدون و مشخصی برای ثبت یکسان اسامی (نام، نام خانوادگی، نام پدر) در رایانه داشته باشد. برای مثال در فرم کاغذی "حسنعلی" با "حسن علی"، یا "یداله" با "یدالله" تفاوتی ندارد، اما در جستجوی اطلاعات در سیستم های اطلاعات کامپیوتری این دو با هم تفاوت دارند و این تفاوت بخصوص در برنامه های سیستم های اطلاعات بیمارستانی HIS مشکلاتی را در زمان جستجوی نام بیماران ایجاد می کند.

بنابراین برای ثبت درست و یکسان اسامی بیمارستان باید یک دستورالعمل مدون در بخش پذیرش داشته باشد، این دستورالعمل باید شامل موارد زیر باشد:

- نحوه ثبت یکسان اسامی فارسی که مرکب از دو اسم هستند.
- نحوه ثبت یکسان اسامی که دارای کلمه "الله" می باشند.
- نحوه ثبت یکسان اسامی که با پیشوند "سید" یا "سیده" شروع می شوند.
- ثبت اطلاعات هویتی بیمار (شامل: نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، کدملی، جنسیت، آدرس، تلفن، نوع سکونت (شهری، روستایی و...) مشخصات همراه بیمار، آدرس و تلفن همراه بیمار) الزامی است.
- نام و نام خانوادگی بصورت کامل ثبت شوند، بخصوص پسوندهای (فامیلی) مربوط به نام خانوادگی ثبت گردد.
- اطلاعات هویتی بیمار از روی مدارک شناسایی معتبر (کارت ملی، شناسنامه، دفترچه بیمه و...) تکمیل گردد.

رضایت نامه و جنبه های قانونی

رضایت به درمان مبین این واقعیت است که بیمار از آنجا که به منظور معالجه و درمان، مدتی ولو بسیار اندک، جسم خویش را در اختیار پزشک معالج قرار می دهد، در نتیجه باید بر این امر بصورت آگاهانه و با اراده آزاد رضایت داشته باشد. بدیهی است که این نظریه دامنه مفهومی وسیعی داشته و صرفاً محدود به حوزه رضایت بیمار نمی باشد، بلکه در مواردی هم که بیمار در وضعیت حیات نباتی است یا به سن رشد و بلوغ نرسیده و نیز با اخذ رضایت از اولیای قانونی وی این مهم محقق می گردد.

از آن جایی که رضایت نامه گرفته شده از بیماران در حکم یک سند رسمی محسوب می گردد و هدف از اخذ و نگهداری آن کمک به حل و فصل دعاوی احتمالی بین بیمار و کادر درمانی است، بنابراین طبیعی است که نحوه تنظیم و اخذ رضایت از بیماران باید تابع شرایط و ضوابط تنظیم اسناد رسمی کشور باشد یعنی هم فرد گیرنده رضایت باید دارای شرایطی خاص و مختص باشد و هم بیمار باید از محتوای رضایت نامه آگاهی کامل داشته باشد

* انواع رضایت نامه

رضایت کتبی - رضایت ابرازی شفاهی - رضایت تلویحی

اگر چه فقط رسم است که در اعمال جراحی و انجام بیهوشی ها و موارد دیگر نظیر آن رضایت از بیمار یا ولی او اخذ گردد، ولی در سایر معاینات و اقدامات پزشکی نیز رضایت بیمار لازم و حتمی است این رضایت بیشتر ضمنی یا تلویحی است، بدین معنی که وقتی بیمار به مطبی مراجعه و با پرداخت حق ویزیت پزشک برای درمان در انتظار نوبت می نشیند تلویحاً رضایت به معاینه بدنی خود داده است و در ضمن معاینه بیمار پزشک جهت تشخیص افتراقی درد نیاز به معاینه سایر دستگاههای بدن دارد که در این موارد با رضایت از بیمار اقدام به معاینه می کند که این نوع رضایت را رضایت ابرازی یا اظهاری می نامند و در مواردی که رضایت ابرازی-کتبی برای انجام یک عمل جراحی لازم است بایستی نوع عمل، نحوه بیهوشی، مدت تقریبی بستری شدن، نقاهت، خطرات و عوارض احتمالی برای بیمار یا همراهان او شرح داده شود و در صورت ابراز رضایت بیمار از وی کتباً رضایت حاصل گردد که این امر خوشبختانه امروز در تمام بیمارستانها رایج است.

برائت نامه : چنانچه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضوی گردد در صورتی که پزشک بر اساس موازین علمی و فنی عمل کرده باشد مقصر نیست.

شرایط رضایت نامه معتبر

- احراز سن قانونی رضایت دهنده
- اخذ رضایت کتبی از خود بیمار و در صورت زیر 18 سال بودن از ولی قانونی وی
- ثبت اثر انگشت رضایت دهنده
- احراز عقل و شعور در رضایت دهنده
- اخذ رضایت آگاهانه
- ثبت امضای شاهد

پذیرش بیماران مجهول الهویه

تعریف:

پذیرش بیماران غیر عادی، همیشه مشکلات فراوانی را برای مسئولین پذیرش به دنبال دارد. اگر این بیماران در شرایطی (مانند تصادفات، با اختلال حواس، ضرب و جرح، حوادث غیر مترقبه، کودک سر راهی، سوختگی و غیره) باشند که تعیین هویت و اخذ اطلاعات فردی برای متصدی پذیرش غیر ممکن باشد یا به عبارتی دیگر مجهول الهویه باشند، ممکن است به منظور تعیین هویت بیمار در آینده لازم باشد تا تدابیر دیگری علاوه بر روندهای جاری به کار گرفته شوند.

روش اجرایی:

1- نام خانوادگی بیمار به علت مجهول الهویه بودن، بنام مجهول الهویه ثبت و در صورت عدم شناسایی بیمار تا زمان ترخیص تحت همین نام در بیمارستان شناسایی خواهد شد. (سایر عناوین موجود عبارتند از گمنام، نامشخص، بی هویت، نامعلوم که هیچ کدام رد نمی شوند؛ ولی برای یکپارچگی اقدام این عناوین مورد نظر نمی باشند.)

نکته 1: کارت اندکس بیمار با نام خانوادگی مجهول الهویه صادر و تحت حرف م فایل خواهد شد.

نکته 2: در صورت تعدد بیماران مجهول الهویه کارت اندکس بیماران به ترتیب تقدم و تأخر ورود در بیمارستان

فایل می گردد. (مثال مجهول الهویه 1 و 2 و...)

2- جنس بیمار دقیقاً ثبت شود، لازم به ذکر است که در محل نام بیمار در کارت اندکس نیز میتوان جنس وی را مجدداً ذکر کرد. (مثال (زن مجهول الهویه)

3- برای تخمین سن تقریبی از پزشک مسئول شیفت اورژانس کمک بخواهید.

4- بهتر است در گزینه آدرس بیمار، محل یافتن بیمار ثبت شود.

5- آدرس، مشخصات هویتی (از روی کارت هویت معتبر) و شماره تلفن آورنده بیمار را قید نمایید.

واحد بایگانی

اهمیت بایگانی:

همانطور که افراد برای اخذ تصمیم بایستی از حافظه خود کمک بگیرند یک سازمان برای انجام فعالیت های آتی و برنامه ریزی های آینده به بایگانی که به عنوان حافظه محسوب می شود نیاز دارد. دلیل نگهداری اسناد و مدارک در بایگانی مراجعه و دسترسی به آن است.

هر سازمان به دو دلیل نیازمند مراجعه به اسناد موجود در بایگانی است:

1- اثبات فعالیت های انجام شده توسط آن سازمان در گذشته.

2- بدست آوردن اطلاعات برای اقدامات آینده.

بایگانی دارای معانی و مفاهیم دوگانه است:

- 1- بایگانی به معنای فن طبقه بندی تنظیم و نگهداری یا حفاظت اسناد و مدارک بر طبق روش معین به نحوی که در اسرع وقت و در کمال سهولت و با حداقل هزینه و نیروی انسانی و وقت بتوان به آن دست یافت.
- 2- بایگانی به معنای محل نگهداری اسناد بر طبق ضوابط معین و علمی است.

فرایند بایگانی مدارک پزشکی

- فرایند کنترل پرونده های بستری قبل از تحویل به واحد ترخیص
- فرایند بایگانی مدارک پزشکی پس از ترخیص بیمار
- فرایند ارائه مدارک پزشکی به متقاضیان
- 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.

اهم وظایف و فعالیتهای این بخش عبارتند از:

- پاسخگویی به درخواست های رسیده از بخش ها
- استخراج ، ارسال ، کنترل و فایل مجدد پرونده جهت پزشکان و محققین جهت موارد آموزشی، تحقیقاتی و درمانی
- پیگیری پرونده های خارج شده از بخش مدارک پزشکی
- همکاری و ارسال پرونده به درمانگاه جهت سیر بیماری به پزشکان متخصص.
- پاسخگویی به نامه های مراجع قانونی
- امحای پرونده هایی که مشمول قانون مرور زمان شده اند (مطابق با آخرین بخشنامه های وزارت بهداشت)

* پرونده ها پس از ترخیص بیمار از واحد حسابداری به واحد مدارک پزشکی ارسال می شوند.

* اسامی بیماران ترخیصی که در دفتر مخصوص مربوط به حسابداری توسط ایشان ثبت شده تحویل گرفته و امضاء می شود.

* اوراق به ترتیب استاندارد انجمن مدارک پزشکی سازماندهی و تنظیم می گردد.

(برگه های پرونده بر اساس ترتیب استانداردهای مدارک پزشکی و بصورت دقیق و منظم مرتب می شوند)

* پرونده ها براساس شماره پرونده و دفعات بستری بیمار کلاسه می شوند.

* با توجه به دفعات بستری بیمار اوراق پرونده پس از تنظیم یا داخل پوشه جدید قرار می گیرد یا به سابقه قبلی بیمار ضمیمه می شود.

* سپس پانچ پرونده ها و پوشه گذاری و شماره دهی آنها جهت بایگانی انجام می گیرد.

* در نهایت پرونده بر اساس یکی از روش های بایگانی فایل می گردد.

* بایگانی پرونده ها در قفسه ها مطابق با سیستم ترمینال دیجیتال و کالرکدینگ

* در مراجعات بستری بار اول با توجه به دو رقم سمت راست شماره پرونده بیمار، رنگ پوشه مورد نظر انتخاب و اوراق مرتب شده داخل پوشه خود قرار می گیرد.

* در پوشه جدید (مراجعه اول بیمار) نام بیمار، شماره پرونده و تاریخ پذیرش وی در محل مخصوص خود روی پوشه نوشته می شود و در مراجعات بعدی تاریخ پذیرش مجدد وی روی پوشه درج می گردد.

* گزارشات و آزمایشات رسیده از بخش به داخل پرونده الصاق می شود.

* سوابق و رونوشت نامه های صادره از مدارک بیماران در پرونده های آنان ضبط و پیوست می شود.
* اوراق اصلی پرونده شامل: برگه های پذیرش و خلاصه ترخیص یا گواهی فوت، خلاصه پرونده، شرح حال کارت اورژانس، نمودار سوختگی، مشاوره پزشکی قانونی، برگه های شرح عمل جراحی... اسکن می شوند.
* فضای بایگانی با توجه به نوع سیستم فایلینگ (ترمینال دیجیت، میدل دیجیت، شماره ای مستقیم) قفسه بندی شده است.

* پرونده ها با توجه به سیستم بایگانی "ترمینال دیجیت" در قفسه مورد نظر قرار می گیرند.
* برچسب های راهنما در تمامی قفسه های بایگانی جهت دسترسی آسانتر به پرونده ها نصب شده است.
* در بایگانی ترمینال دیجیت، کدگذاری رنگی؛ هررنگ خاص به یک شماره تعلق می گیرد که این امر بازیابی پرونده را تسهیل می کند و از میزان اشتباهات فایلی جلوگیری می شود. رنگ ها برای از پیش تعیین کردن محل پوشه ها است. برای کدگذاری رنگی در روش ترمینال دیجیت از 10 رنگ متفاوت برای نشان دادن ارقام 00 تا 99 استفاده می شود. تعیین موقعیتهای رنگی برای ارقام به عهده خود مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی می باشد. بطور مثال در بیمارستان شهید مطهری رنگ پوشه ها با شماره پرونده 00 تا 09 سرخابی است و...
نوار رنگی پایین هر پوشه نشانگر رنگ و دو رقم سمت راست شماره پرونده تعیین کننده رنگ آن است.

همانگونه که مطرح شد مدارک پزشکی عبارت است از دلیل قابل مشاهده ای 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 می گردد؛ تا امکان دستیابی به حداکثر اطلاعات در حداقل زمان در بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی مقدور شود.

محل بایگانی باید مستقیماً در بخش مدارک پزشکی قرار گیرد.

در بایگانی بهداشت محیط کار از جنبه های مختلف از قبیل تسهیلات رفاهی، روشنایی (غیر مستقیم)، سرو صدا، تهویه مطبوع، رطوبت (50-65 درصد)، حرارت (20-25)، اخطارهای 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.

اهداف اختصاصی

- نگهداری صحیح مدارک پزشکی به منظور ایجاد سرعت و سهولت دسترسی و بازیابی پرونده ها
- نگهداری سیستماتیک پرونده های پزشکی به نحو قابل دسترسی برای بیماران و سایر استفاده کنندگان مجاز
- نسبت به اطلاعات پرونده های پزشکی
- بایگانی صحیح و دقیق مدارک جهت هرگونه دفاع از پرونده برای حمایت از اقدامات انجام شده توسط کادر درمانی
- ایجاد سابقه کاملی از بیمار با مدارکی که در برگیرنده اطلاعات کافی برای نمایش واضح هویت بیمار باشد.
- تعیین تشخیص ها و درمانها و ثبت دقیق نتیجه درمان باشد
- فراهم کردن زمینه تداوم مراقبت از بیمار در پذیرشهای بعدی
- فراهم کردن منبعی برای ارزیابی کفایت و مناسب بودن مراقبت انجام شده
- فراهم کردن زمینه برای برنامه ریزی اساسی در مورد مراقبت و درمان بیماران توسط مدیریت بیمارستان
- پاسخگویی مناسب و سریع به مراجع قانونی در جهت کسب حقوق قضایی مربوط به بیمار یا بیمارستان
- پاسخگویی مناسب و سریع به پزشکان و پژوهشگران در جهت کمک به انجام تحقیقات
- افزایش رضایتمندی مراجعین با عملکرد دقیق، صحیح و موثر در واحد بایگانی مدارک پزشکی
- اصلاح سیستم نرم افزاری بایگانی الکترونیکی
- پیگیری جهت امحاء پرونده های اعمال سرپایی طبق مصوبه وزارت بهداشت و درمان
- مطالعه و بررسی جهت اسکن نمودن پرونده های بستری بیماران
- افزایش شاخصهای قابل اندازه گیری به منظور بهبود و ارتقاء فرایندها
- بازنگری اوراق مدارک پزشکی
- پیگیری جهت بهینه سازی سیستم تهویه بایگانی مدارک پزشکی

قابل دستیابی بودن پرونده ها در 24 ساعت

- تمامی پرسنل مدارک پزشکی بخصوص پرسنل شاغل در شیفت شب پذیرش توسط مسئول مدارک پزشکی آموزش لازم در مورد نحوه پیدا کردن پرونده را دیده اند.
- علت درخواست پرونده توسط خواهان به سوپروایزر اعلام می شود.
- سوپروایزر درخواست مورد نظر را به مسئول مدارک پزشکی بصورت تلفنی اطلاع می دهد.
- مسئول مدارک پزشکی دستور باز کردن بایگانی را به مسئول پذیرش اعلام می کند.

چه کسانی می توانند در خارج از ساعت اداری به پرونده ها دسترسی داشته باشند؟

بنا به دلایل زیر پرونده فقط در شرایط خاص و در اختیار افراد خاص قرار می گیرد:

- جلوگیری از سوء استفاده افراد غیر مجاز از دسترسی به محتویات پرونده بیمار و اطلاعات محرمانه آن
- جلوگیری از تغییر اطلاعات و مستندات محتویات پرونده بیمار توسط افراد غیر مجاز
- قانونمند کردن افراد مجاز به بررسی پرونده ها در ساعات غیر اداری و تهیه لیستی از آنها
- لیست پزشکیانی که می توانند در ساعات غیر اداری پرونده درخواست کنند، توسط مسئول مدارک پزشکی تهیه و به امضاء ریاست بیمارستان رسیده است.
- نحوه درخواست پرونده به پزشک مربوطه توسط مسئول مدارک پزشکی تهیه و ارائه شده است.
- نحوه درخواست پرونده به سوپروایزرها توسط مسئول مدارک پزشکی تهیه و ارائه شده است.
- به پرسنل پذیرش نحوه بازیابی پرونده توسط مسئول مدارک پزشکی آموزش داده شده است.
- لیست سوپروایزرهای بالینی که به پرونده پزشکی بیمار میتوانند دسترسی داشته باشند تهیه شده است.

مستند سازی و اصول آن

پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخگوی تمامی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند.

لذا کیفیت یک پرونده پزشکی، دقیقاً وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط تکمیل کنندگان فرم های مدارک پزشکی (مستند سازان) ثبت می شود. تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات

خواسته شده در فرم های مدارک پزشکی، می توان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد. بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است.

با توجه به اهمیت مستندسازی فرم های مدارک پزشکی، در سال های گذشته برخی از دانشگاه ها، بیمارستان ها بصورت پراکنده، اقدام به تهیه مطالبی در این خصوص نموده بودند اما یک دستورالعمل جامع در این خصوص در کشور وجود نداشت. بنابراین با هدف کمک به استانداردهای فرایند مستندسازی پرونده های پزشکی در کشور، این دستورالعمل تهیه شده است. در این دستورالعمل به مستندسازی فرم های مهم پرونده های پزشکی که دارای اهمیت درمانی، قانونی و تحقیقاتی بیشتری هستند، اشاره می شود.

پزشکان و کادر درمانی علاوه بر درمان بیمار، باید اطلاعات بهداشتی و درمانی را به طور دقیق و کامل در اوراق مدارک پزشکی ثبت نمایند تا به وظیفه شرعی و قانونی خود عمل کنند.

با بررسی تاریخچه مدارک پزشکی پی می بریم که مدارک پزشکی، همزمان با تاریخ علم پزشکی و به موازات آن وجود داشته است و پرونده های پزشکی هر کدام کتاب گویایی از درمان انجام شده بر روی بیمار و منبع با ارزش برای استفاده های آماری، آموزشی و پژوهشی است.

فراگیری دانش، ثبت و نگارش آن از جایگاه ویژه ای برخوردار است و بدون ثبت دقیق و کامل مطالب علمی که از اصول اولیه مستندسازی می باشد آموزش نیز دچار نقصان خواهد گردید. به طور کلی در مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، مستندسازان باید اصول کلی مستندسازی را رعایت کنند. رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است.

* گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

(الف) مسنولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیکی)

(ب) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)،

(پ) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری)

(ت) سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی)

قوانین مستندسازی

توصیفی باشد

دقیقا آنچه را که مشاهده می کنید شرح دهید و آنچه را که می بینید مستند کنید. (فعالیت بیمار را شرح دهید نه آنچه را که فکر می کنید)

صریح باشد.

از اظهارات مبهم و کلی گویی ها اجتناب گردد. از کلمات دقیق بیمار استفاده کنید و نقل قول مستقیم بیمار را بنویسید. بین کلمات بیمار از آنچه شما مشاهده کرده اید، با قرار دادن نقل قول بیمار در علامت نقل قول، تفاوت قائل شوید. بنابراین سایرین متوجه می شوند که جمله دارای علامت نقل قول، دقیقا چیزی است که بیمار گفته است.

به هنگام باشد:

چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود. بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی، تجویز داروها و انجام درمان ها ، اطلاعات مربوطه را فوراً ثبت کنید. اگر ثبت یک امر مقتضی را فراموش کردید و آن را بعد از سایر مستندات به پرونده بیمار اضافه کردید بایستی داده ثبت شده را به عنوان ورودی دیر ثبت شده مشخص کنید. (تحت عنوان Late entry)

کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد. رعایت املا صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

اطلاعات بایستی با روش منطقی و متوالی ثبت شود و استمرار ثبت اطلاعات باید وجود داشته باشد. در فرم خط خالی نگذارید و با ثبت اطلاعات به ترتیب تاریخ از همه خطوط استفاده کنید. چنانچه مستندسازی را بر روی پشت صفحه یا یک صفحه جدید ادامه می دهید، کلمه ادامه را نوشته و مجددا تاریخ و ساعت را قبل از ورود داده ها بنویسید.

چنانچه بین داده های ورودی، یک خط خالی قرار گیرد، باید یک خط بر روی آن کشیده شود. چنانچه دچار اشتباه شدید، آن را پاک نکنید. یک خط بر روی قسمت اشتباه بکشید و در یک پرانتز ذکر کنید اشتباه (Error)

تذکر باید خوانا باشد.

پاک کردن و استفاده از مایع تصحیح (لاک) در پرونده بیمار غیر قانونی است. این کار می تواند به عنوان سرپوشی بر کیفیت پایین مراقبت درمانی یا یک اشتباه در مراقبت بیمار تلقی شود.

- همه اطلاعات مربوطه ثبت شود.

پرستاران می بایست یادداشت های پزشک را مطالعه کنند، چنانچه هرگونه اطلاعاتی از قلم افتاده باشد آنها مسئول ثبت آن در یادداشت های پرستاری هستند. سپس باید آن را به پزشک نشان دهند. تمام ارتباط هایی که با سایر اعضا تیم درمانی جهت درمان بیمار وجود داشته باشد باید ثبت شود.

چنانچه پرونده ها تحت بررسی قرار گیرند و یا شما به دادگاه احضار شوید، اگر اطلاعات یا اقدامات انجام شده ثبت نشود، از نظر قانون آن کار انجام نشده است.

محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد.

منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات، ارزیابی ها و اقدامات درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

رضایت نامه ها

وجود رضایت نامه جزء تحلیل کمی است ولی باید آگاهانه باشد. (آگاهانه بودن یا نبودن آن جزء تحلیل کیفی است)

کد گذاری

یکی از مهمترین واحدهای بخش مدارک پزشکی واحد آمار می باشد که مشخص می کند چه اقدامات بهداشتی و درمانی انجام شده و چه اقداماتی برای بهبود وضع باید صورت پذیرد و آمار مفید از یک مدارک پزشکی غنی و پرمحتوا سرچشمه می گیرد که در زمینه تبدیل اطلاعات موجود به سیستم های طبقه بندی شده مورد استفاده قرار می گیرد.

طبقه بندی شامل :

1 - بین المللی بیماریها ICD

2- بین المللی جراحی ICD9CM

تعریف کد :

عبارت است از کلمات - حروف و یا ارقامی که بجای دیگر کلمات یا عبارات بصورت رمز بکار می رود.
در کد گذاری بیماریها یک عدد به همراه یک حرف به یک تشخیص پزشکی داده می شود.

شناخت تشخیص پزشکی :

براساس معاینه به همراه تکنیک های مورفولوژی - پاتولوژی - سایکولوژی - آزمایشگاهی و رادیولوژی صورت می پذیرد.
در کد گذاری به سایر موارد ثبت شده در پرونده که جهت تحقیقات و مطالعات پزشکی - آماری و ... نیز کد داده می شود.

مراحل کد دادن به یک واژه پزشکی :

1- پیدا کردن واژه اصلی

2- پیدا کردن این واژه در لیست الفبایی

3- پس از پیدا کردن کد مورد نظر چک کردن آن با جلد شماره ای (جلد 1)

نحوه کد دهی به پرونده بیمار :

حداقل اوراقی که یک کدگذار باید جهت کد دهی دقیق مورد توجه قرار دهد :

- 1- برگ پذیرش و خلاصه ترخیص
- 2- برگ خلاصه پرونده : تشخیص نهایی و اقدامات و وضعیت ترخیص
- 3- برگ جراحی : تشخیص بعد از عمل و نوع جراحی
- 4- گزارش آسیب شناسی : مخصوصا در نئوپلاسم ها
- 5- برگ رادیولوژی شرح حال بیمار و ...

کد گذاری در سوختگی ها

سوختگی ها برحسب شدت و درصد سوختگی طبقه بندی شده اند. سوختگی دارای درجات متعدد به شرح زیر

می باشد:

1 first degree (erythema)

2 second degree (Blisters)

3 third degree (deep necrosis of underlying tissue)(full-thickness skin loss)

سوختگی اندامها :

- سوختگی سرو گردن T 20.-
- سوختگی تنه T 21.-
- سوختگی اندام فوقانی تا ناحیه مچ دست T 22.-
- سوختگی دستها T 23.-
- سوختگی اندام تحتانی تا ناحیه مچ پا T 24.-
- سوختگی پاها T 25.-

علامت خط تیره (-) بیانگر درجه سوختگی می باشد که شامل :

- نامشخص 0
- درجه 1 1
- درجه 2 2
- درجه 3 3

کد گذاری سایر تشخیص ها :

دیابت - صرع - تشنج - هامگلی - سوختگی استنشاقی - اعتیاد به الکل و مواد مخدر و ... انجام می پذیرد .

کد گذاری علت های خارجی

بر حسب نوع عامل بوجود آورنده و علت آن کد دهی می شود :

عوامل متعددی به عنوان علت خارجی مطرح می شود که دقیق بودن ثبت آن کمک بسیاری به کد گذاری می نماید:

آب جوش - نفت و بنزین - گاز با دو نوع کپسول یا گاز شهری - برق (فشارقوی یا خانگی) - قیر - اسید - و ... که هر

کدام با کدهای خاص و مجزا تعریف شده اند برای مثال :

آب جوش - X 11

نفت و بنزین - X 04

گاز شهری - W 40

.....

علامت خط تیره (-) نشاندهنده مکان وقوع حادثه می باشد که ثبت مکان سوختگی یا حادثه در کدگذاری اهمیت بسیاری

دارد

شامل :

خانه 0

مکان عمومی اقامتی 1

مکان عمومی غیر اقامتی 2

- 3 ورزشگاه
- 4 کوچه و خیابان
- 5 فروشگاه
- 6 کارگاه
- 7 مزرعه
- 8 سایر مکانها
- 9 نامشخص

مثال :

* بیماری با 30٪ سوختگی ناحیه اندام فوقانی و دستها و تنه
درجه 2 با آب جوش در خانه که به علت تشنج سوخته است بیمار دیابت نیز دارد.

- درصد سوختگی t31.3
- اندام فوقانی t22.2
- دستها t23.2
- تنه t21.2
- آب جوش x11.0
- تشنج R56.8

* بیمار دچار خودسوزی 60٪ با نفت در منزل درجه 3 که اندام های فوقانی و سر و گردن و تنه و اندام تحتانی راست
دچار سوختگی شده اند بیمار معتاد به کراک بوده و HIV+ می باشد.

- درصد سوختگی t31.6
- سر و گردن t20.3
- تنه t21.3
- اندام فوقانی t22.3
- اندام تحتانی t24.3

عامل نفت x04.0

خودسوزی x76.0

اعتیاد f11.2

HIV+ B24

استفاده از کد در آمار و تحقیقات

در صورتی که اطلاعات موجود در پرونده بیمار بطور کامل و صحیح ثبت شده باشد و کدگذاری با دقت کامل انجام گیرد با استفاده از گزارشات آماری برنامه ریزی شده می توان به سرعت و با دقت بالا نسبت به بازیافت اطلاعات موجود در مدارک پزشکی بیماران اقدام کرد که این مسئله علاوه بر کاهش زمان مورد نیاز برای محققین در هر رشته ای صحت کار تحقیق را بالا می برد.

ثبت دقیق و صحیح و بموقع اطلاعات :

این قسمت از پروسه پایه اصلی در کار می باشد که توسط پزشک معالج، پزشکان اورژانس، اینترنرها، رزیدنت ها، تمامی همکاران پرستاری و واحدهای پاراکلینیکی شامل رادیولوژی آزمایشگاه و حتی در مواردی بسیاری توسط واحد مددکاری ... انجام می پذیرد. هر نوع اطلاعاتی که توسط این گروه بزرگ در پرونده ثبت شده باشد در یافتن کد صحیح کمک بسیاری می کند .

مثال :

- برگ پذیرش : همراه بیمار کارفرمای بیمار است پس احتمال زیاد در محل کار سوختگی صورت گرفته است.
- برگه پرستاری : بیمار دیابت دارد.
- برگه مددکاری : بیمار اعتیاد به الکل دارد.
- برگه شرح حال : بیمار سابقه تشنج دارد و خودسوزی کرده است.
- برگه خلاصه پرونده : بیمار 45٪ سوختگی دارد.
- رادیولوژی : بیمار شکستگی ناحیه دست دارد.

واحد آمار

آمار، امروزه اطلاعات به عنوان یکی از مهمترین منابع قدرت در جهان مطرح می باشد. برتری جهان پیشرفته بر جهان عقب نگه داشته شده، بیش از آنکه اقتصادی، نظامی و یا فرهنگی و سیاسی باشد اطلاعاتی است، به بیان دیگر اولین وجه تمایز کشورهای توسعه نیافته و حتی کشورهای در حال توسعه، در میزان تولید، سازماندهی، و کاربرد اطلاعات است. از طرفی اطلاعات کلید جامعه مردمی است، و انتشار و استفاده از آن یک شاخص اجتماعی به شمار می رود. رشد این شاخص به معنای ارتقای ملی خواهد بود. اطلاعات به طور محسوسی بر بینش و رفتار ما اثر می گذارند.

همچنین آمار و اطلاعات یکی از منابع با ارزش و اصلی مدیران یک سازمان است. همانطور که منابع انسانی، مواد اولیه، و منابع مالی در روند تولید دارای نقش و ارزش خاصی هستند، لکن در عصر اطلاعات و ارتباطات، اطلاعات دارای ارزش ویژه‌ای هستند.

وجود آمار و اطلاعات صحیح در هر سازمانی نقش تعیین کننده ای داشته و در تجزیه و تحلیل عملکرد آن سازمان بسیار مهم است. به طوری که کمک موثری در ارزشیابی فعالیتها و برنامه ریزی طرحها و فعالیتهای آینده می نماید. حفظ و تامین سلامتی و ارتقا آن به عنوان یک هدف استراتژیک حاصل فعالیتهای سازمانهای مختلفی در درون جامعه می باشد. نظر به اینکه طبیعت کارکرد سازمانهای بهداشتی و درمانی که بطور مستقیم به حیات انسانها بستگی دارد، وجود آمار و اطلاعات از ارزش زیادی برخوردار است.

کاربرد آمار:

از کاربرد آمار در پزشکی می توان به مواردی از انواع روش های آماری در تلخیص داده ها و انجام پژوهش برای دستیابی به نتایج سودمند در زمینه مراقبت از بیمار ، طرح ریزی برای حل مسایل بهداشتی و درمانی می توان اشاره نمود.

به طور کلی کاربرد آمار را می توان به شرح ذیل خلاصه نمود :

الف - بهره برداری از تسهیلات بیمارستانی برای مراقبت کامل از بیمار

ب- برنامه ریزی ، سازمان دهی و هماهنگی خدمات بیمارستانی

ج- بهره برداری و استفاده اقتصادی از تسهیلات بیمارستانی در برنامه های بهداشتی و درمانی

د- ارزیابی وضعیت بیمار و بیمارستان و خدمات ارائه شده

اطلاعاتی که توسط سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) جمع‌آوری می‌شود بطور کلی شامل موارد زیر می‌باشد.

- 1- آمار مربوط به میزان بار کاری: مانند پذیرش، اشتغال تخت، تعداد عمل جراحی، و طول مدت اقامت بیمار
- 2- حسابرسی فعالیتها: مانند زمان بندی و برنامه انجام تکنیکها، لیست اقداماتی که در آینده نزدیک باید انجام شود، وظایف و اقدامات در موارد ویژه
- 3- وضعیت پرسنل شاعل: مانند بار یا حجم کار پرسنل شاغل، صلاحیت و شایستگی آنها، رضایت بیمار از آنها
- 4- عملکرد مالی: میزان استفاده از وسایل مصرفی، خسارتهای، وضعیت درآمد و هزینه‌ها، میزان نقدینگی موجود، پراکندگی واقعی بودجه

اهداف سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)

هدف سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، پشتیبانی از فعالیتهای بیمارستانی در سطوح عملی، تاکتیکی، و استراتژیکی می‌باشد. به عبارت دیگر هدف از سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS)، استفاده از کامپیوترها و وسایل ارتباطی برای جمع‌آوری، ذخیره‌سازی، پردازش، بازخوانی، و برقراری ارتباط بین مراقبت بیمار با اطلاعات اداری در تمام فعالیتهای بیمارستانی و برآوردن نیازهای تمام مصرف‌کنندگان مجاز سیستم می‌باشد. در بیمارستانهای دانشگاهی، پشتیبانی از تحقیق و آموزش نیز از اهداف سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) است.

بطور کلی اهداف عمده سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) را در موارد زیر می‌توان خلاصه نمود.

- 1- ارتقاء سطح کارایی پرسنل
- 2- حذف رویه‌های تکراری و غیرضروری
- 3- استفاده از کامپیوتر بعنوان ابزار کار
- 4- استخراج آمار و اطلاعات به روشهای سریعتر و دقیقتر
- 5- بهبود کیفی وضع خدمات درمانی
- 6- ایجاد یک روش و سیستم کاری مدرن و استاندارد بیمارستانی
- 7- برقراری ارتباط داده‌ها با سیستمهای مهندسی پزشکی
- 8- برقراری ارتباط اطلاعاتی بین بیمارستانها و مراکز درمانی در سطح کشور
- 9- رسیدن به یک بانک اطلاعاتی توزیع شده در سطح کشور و ایجاد ارتباط آن با شبکه‌های بهداشت جهانی

شرح وظایف واحد آمار:

- 1- دریافت آمارهای صحیح و به موقع از واحدهای مختلف بیمارستان
- 2- جمع بندی آمارهای ارسالی از واحدها جهت ارائه به مسئولین بیمارستان و سازمان های بالا دستی
- 3- تدوین گزارشات آماری در قالب جداول و نمودار در مقاطع ماهیانه و سالیانه جهت استفاده در برنامه ریزی ها و تصمیم گیری ها

4- ارائه گزارشات تحلیل شاخص ها جهت انجام اقدامات اصلاحی و مداخله ای برای بهبود روند

با توجه به لزوم و اهمیت جمع آوری اطلاعات صحیح از تمامی فعالیت های واحدهای بیمارستان، جهت ارائه آنها به سازمانهای بالا دستی و مسئولین بیمارستان و هماهنگی آنها با برنامه بهبود کیفیت و برنامه استراتژیک بیمارستان لازم است اطلاعات دریافتی از تمامی واحدها درست و به موقع به واحد آمار ارسال گردد تا پس از تأیید صحت آنها اطلاعات فوق جمع آوری و روند های موجود بر اساس برنامه بهبود کیفیت و برنامه استراتژیک اصلاح شود.

- ارسال آمار روزانه توسط منشی پس از تأیید سرپرستار بخش به واحد آمار
- ارسال ماهیانه آمار واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی توسط مسئولین واحدها به واحد آمار
- ارسال ماهیانه شاخص های آماری توسط صاحبان فرایند به واحد آمار
- بررسی صحت آمارهای روزانه و ماهیانه توسط کارشناس آمار
- جمع آوری دادهها و تکمیل فرم های شاخص های آماری و آمارهای واحدها در فرم های مربوطه توسط کارشناس آمار
- ارسال فرم های شاخص های آماری و آمارهای واحدها توسط کارشناس آمار به ریاست و مدیریت بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه و واحد آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
- ارائه گزارش تحلیل شاخص ها با واحد بهبود کیفیت جهت استفاده در برنامه ریزی و انجام اقدامات اصلاحی توسط مسئولین هر بخش / واحد در کمیته شاخص ها

تعاریف آیتم های موجود در واحد آمار بیمارستان

تخت ثابت : تعداد تختهایی که بیمارستان بر اساس اجازه دولت مجاز به استفاده از آن می باشد.

تخت فعال : تعداد تختهای قابل استفاده که مجهز به نیروی متخصص و امکانات رفاهی و آماده جهت مراقبت از بیمار باشد.

انتقالی از بخش دیگر : تعداد بیمارانی که از سایر بخشها به بخش مورد نظر منتقل شده اند.

انتقالی از بیمارستان دیگر : تعداد بیمارانی که از سایر بیمارستانها به این بیمارستان منتقل شده اند.

مراجعه مستقیم : تعداد بیمارانی که مستقیماً از واحد پذیرش بیمارستان در بخش مورد نظر پذیرش شده اند. لازم به ذکر است که بیماران مراجعه مستقیم شامل کلیه بیمارانی می باشد که از سوی پزشکان مستقر در بیمارستان (درمانگاهها یا اورژانس) یا از مطب پزشکان مربوطه جهت بستری به بیمارستان معرفی می شوند.

کل : منظور از این عبارت کل بیماران بستری شده در بخش مورد نظر می باشد (اعم از بیماران مراجعه مستقیم ، بیماران منتقل شده از سایر بخشها و بیماران منتقل شده از سایر بیمارستانها). در مجموع تعداد بیماران پذیرفته شده در

بیمارستان عبارت است از مجموع بیماران مراجعه مستقیم و بیماران انتقالی از سایر بیمارستانها

انتقالی به بخش دیگر : تعداد بیمارانی که از بخش مورد نظر به سایر بخشها منتقل می شوند.

انتقالی به بیمارستان دیگر : تعداد بیمارانی که از بیمارستان به سایر بیمارستانها منتقل می شوند.

مرخص شده از بیمارستان به طور مستقیم : تعداد بیمارانی که از بخش مورد نظر ترخیص می شوند.

کل : مجموع تعداد بیمارانی که از بخش مورد نظر ترخیص شده اند (اعم از بیماران انتقالی به سایر بخشها ، بیماران انتقالی به سایر بیمارستانها و بیماران مرخص شده از بیمارستان به طور مستقیم) .

فوت شدگان :

قبل از 24 ساعت : مجموع بیماران فوت شده قبل از 24 ساعت پس از پذیرش در بیمارستان.

بعد از 24 ساعت : مجموع بیماران فوت شده بعد از 24 ساعت پس از پذیرش در بیمارستان.

لازم به ذکر است که در مجموع تعداد بیماران ترخیص شده از بیمارستان عبارت است از مجموع تعداد بیماران مرخص شده از بیمارستان به طور مستقیم ، بیماران انتقالی به سایر بیمارستانها و بیماران فوت شده (قبل از 24 ساعت و بعد از 24 ساعت) .

تخت روز کل : میانگین تخت قابل استفاده * تعداد روزهای ماه

تخت روز اشغالی : مجموع روزهایی که تختهای یک بخش در یک دوره زمانی (مثلا یک ماه) اشغال بوده است.

کل روزهای بستری : مجموع روزهایی که بیماران یک بخش در آن بخش بستری بوده اند.

درصد اشغال تخت : نسبت تخت روز اشغالی به تخت روز کل در یک دوره زمانی معین

متوسط روزهای بستری : نسبت مجموع روزهای بستری به تعداد مرخص شده ها از جمله فوتی ها

نسبت چرخش اشغال تخت : میانگین تعداد دفعاتی که هر یک از تختهای یک بخش در یک دوره زمانی معین اشغال

شده است (تعداد دفعات پر و خالی شدن یک تخت در یک دوره معین)

فاصله چرخش اشغال تخت : میانگین زمانهای خالی بودن هر یک از تختهای یک بخش در یک دوره زمانی معین

(میانگین فواصل زمانی خالی شدن هر یک از تختها تا پر شدن آنها) (بر حسب واحد زمانی روز)

مراحل تهیه اطلاعات آماری در حالت ایده آل

وجود یک سیستم نرم افزاری ایده آل در زمینه آمار بیمارستانی ، مستلزم ثبت دقیق و صحیح داده های مورد نظر

توسط واحد های تحت پوشش پرستاری و ترخیص، در این سیستم می باشد. لذا می بایست داده ها مورد نیاز در

زمان های تعیین شده توسط منشی بخش های مختلف در سیستم نرم افزاری بیمارستان (شبکه) وارد شود تا فرم های

آماري دست نویس حذف شده و خطاهای انسانی به حداقل موجود رسد. در این حالت کارشناسان آمار ، داده های آماری

مورد نظر را به روز دریافت کرده و صرفا به فعالیتهای مقایسه ای و تحلیلی می پردازند. لازم به ذکر است که در روش

مکانیزه، کنترل داده ها نیز بر عهده سیستم نرم افزاری خواهد بود.

در گزارش سازمان جهانی بهداشت و آمار بیمارستانی از نظر محتوی و اهدافی که دنبال می کنند به دو بخش تقسیم

شده است :

- آمار بیمارستان
- آمار مربوط به بیماران

آمار بیمارستان :

الف : منابع مادی بیمارستان موظف است تا آمار و اطلاعات بیمارستانی زیر را که در زمینه مراقبتهای حرفه ای از بیماران

انجام می شود به شرح زیر گردآوری کند :

1- مقدار تخت‌های بیمارستانی

2- امکانات بیمارستان در زمینه های زیر :

* آزمایشگاه تشخیصی

* بخش رادیولوژی

* اتاق عمل (بخش اعمال جراحی)

* اتاق زایمان

* خدمات توانبخشی

* خدمات مددکاری اجتماعی

* تسهیلات و امکانات برای ارائه ی خدمت به بیماران سرپایی

* فوریت‌های پزشکی

ب: منابع انسانی

شامل :

1- کارکنان پزشکی

2- کارکنان پرستاری

3- کارکنان پشتیبانی، خدمات عمومی و اداری بیمارستان

ج: تسهیلات آموزش:

با توجه به اینکه برخی از آمار بیمارستانی ممکن است به امکانات آموزشی موجود برای پرورش یا آموزش ضمن خدمت کارکنان اختصاص یافته باشد، لذا تعیین وجود یا عدم وجود موسسات آموزشی در بیمارستان از جمله آموزش پرستاری در هر کشور را باید ضروری دانست به طور کلی آمار بیمارستانی در زمینه چرخه حرکت بیمار به شرح زیر است:

1- تعداد بیمارانی که در آغاز سال در بیمارستان بستری هستند.

2- تعداد پذیرش ها در طول سال

3- تعداد بیماران تحت مراقبت در طول سال

4- تعداد مرخصی شدگان در طول سال

5- تعداد بیمارانی که در پایان سال در بیمارستان بستری هستند.

ارزش و کاربرد آمار بیمارستانی (اهمیت آمار):

1- بهره برداری از تسهیلات بیمارستانی برای مراقبت کامل از بیمار

2- برنامه ریزی و سازماندهی و هماهنگی خدمات بیمارستانی در محدوده جغرافیایی معین

3- بهره برداری و استفاده اقتصادی از تسهیلات بیمارستانی در برنامه بهداشتی و شبکه بهداشتی و درمانی در سطح منطقه ای و ملی

4- ارزیابی وضعیت اپیدمیولوژی در جمعیت تحت پوشش

طبقه بندی شاخص ها

1- شاخص هایی که به داده های بیمارستانی مربوط می شوند شامل :

* شاخص سرشماری بیماران

* میانگین بستری یا مدت اقامت بیمار در بیمارستان

* میزان اشغال تخت

* میانگین زمانهای خالی بودن تخت در روز

* شاخص مرگ و میر و اتوپسی

2- شاخص هایی که به جمعیت در معرض خطر مربوط می شوند شامل :

* میزان پذیرش

* میزان بستری برای هر هزار نفر

* شاخص تخت به جمعیت

1- قابل استفاده بودن تخت هایی بیمارستانی

2- روش پرداخت هزینه در برابر خدمات بیمارستانی

3- میانگین سنی جمعیت مراجعه کننده به بیمارستان

4- محدوده پوش خدمات بهداشتی و درمانی

5- توزیع تخت بین تخصص های پزشکی

6- امکانات ارائه خدمات درمانی در خارج از بیمارستان

7- استفاده از خدمات پشتیبانی بیمارستان شامل :

* رادیولوژی

* آزمایشگاه

* اتاق عمل

- گزارش از عملکرد بیمه ها از بابت تعداد بیماران بستری

- گزارش فعالیت بخش ها شامل تخت روز اشغالی، درصد اشغالی تخت ، تخت روز بستری و حد اقامت

- گزارش پذیرش بیماران در بازه زمانی دلخواه با امکان فیلتر بخش خاص با پزشک خاص و بیمه خاص

- گزارش خروج بیماران در بازه زمانی دلخواه با امکان فیلتر بخش خاص و بیمه خاص

- گزارش تشخیص اولیه بیماریها در بازه زمانی دلخواه با امکان فیلتر ما بین کدهای تشخیص مورد نظر

- گزارش جراحی و اقدامات پزشکی در بازه زمانی دلخواه با امکان فیلتر پزشک خاص و مابین کدهای جراحی مورد نظر

- گزارش از علت فوت با قید بخش پذیرنده، بخش آخر و کد اصلی و زمینه ای (1و2)

- گزارش تشخیص اولیه بیماریها در بازه زمانی دلخواه با امکان فیلتر پزشک خاص با قید کد تشخیص (3 ، 2 ، 1)

• گزارش بایگانی امور قراردادها

• گزارش از چک های وصولی از بیمه ها

• گزارش وضعیت پرونده بیمار مورد نظر

- گزارش از میزان کسورات اعمالی از سوی سازمانهای بیمه به تفکیک فعالیت و با قابلیت فیلتر کردن ذینفع خاص

با تشکر

بیمارستان شهید مطهری

تهیه کنندگان :

رضا ناصر خاکی

انیتا دیر غدیریان

مریم لطفی