

ز-مدیریت اطلاعات

ز-۱) مدیریت اطلاعات سلامت

تعداد سنجه	تعداد استاندارد مرتبط با پرستاری
۵	۴

ز-۱-۵ بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است.
سنجه ۲. پرونده های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط منشی بخش و براساس چک لیست ممیزی اوراق پرونده پزشکی موردبازبینی قرار میگیرند و نتایج حاصل از بازبینی پروندههای پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند بازخورد داده میشود

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	وجود چک لیست ممیزی اوراق تکمیل شده پرونده پزشکی در بخش ها
بررسی مستند	تکمیل چک لیست اوراق ممیزی پرونده پزشکی در بخش ها
بررسی مستند و مصاحبه	گزارش موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند توسط منشی بخش

ز-۱-۷ بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده پزشکی تشکیل می دهد.
سنجه ۳. اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه
ترخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده پزشکی بطور
کامل تکمیل شده است

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	تکمیل تمامی اطلاعات دموگرافیک *بیماران در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص
بررسی مستند	تکمیل مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده

- *اطلاعات دموگرافیک شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، محل تولد، شماره شناسنامه، کد ملی، وضعیت تاهل، آدرس، شماره تلفن در سربرگ فرم های پرونده های ارسالی از بخش های بستری.
- توصیه . به ازاء مشخصات دموگرافیک برای بیمار شماره پرونده وجود دارد.

ز-۱-۱۰ اطلاعات پرونده‌های پزشکی تکمیل میشود.
سنجه ۲. تشخیص نهایی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه
ترخیص، و خلاصه پرونده به طور دقیق ثبت شده‌است.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	ثبت تشخیص نهایی در فرم پذیرش، و خلاصه پرونده توسط پزشک معالج
بررسی مستند	مهر و امضاء هر دو فرم توسط پزشک معالج

سنجه ۴. فرم شرح حال شامل مشخصات دموگرافیک بیمار) جمعیت شناختی (شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، تشخیص اولیه یا افتراقی طرح درمان در پرونده موجود است.

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	ثبت مشخصات دموگرافیک بیمار) جمعیت شناختی (در فرم شرح حال
بررسی مستند	ثبت شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی در فرم شرح حال
بررسی مستند	ثبت داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، در فرم شرح حال
بررسی مستند	ثبت معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، در فرم شرح حال
بررسی مستند	ثبت تشخیص اولیه یا افتراقی و طرح درمان در فرم شرح حال

ز-۱-۱ در صورت اعزام به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده برای بیمار به اطلاع بیمارستان مقصد رسانده میشود

سنجه. پزشک معالج در زمان اعزام بیمار به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده را در فرم اعزام به صورت خوانا و کامل ثبت نموده و نسخه اصلی به بیمارستان مقصد ارسال و تصویر آن مهمور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در پرونده بیمار بایگانی میشود

روش ارزیابی	گام
بررسی مستند	ثبت گزارش اقدامات انجام شده در فرم اعزام بیمار به سایر مراکز توسط پزشک معالج
بررسی مستند	ارسال اصل فرم اعزام به بیمارستان مقصد
بررسی مستند	بایگانی کپی فرم اعزام داخل پرونده بیمار بعد از امضاء و مهر اصل