

فهرست

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۲ | مسئول واحد |
| ۳ | خط مشی‌ها و روش‌ها |
| ۱۹ | پذیرش بیمار و تشکیل پرونده پزشکی |
| ۲۳ | سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) |
| ۲۵ | سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) |
| ۲۶ | اصول مستندسازی پرونده بیمار |
| ۳۳ | فرم شرح حال |
| ۳۴ | خلاصه پرونده |
| ۳۵ | بازبینی پرونده پزشکی |
| ۳۷ | ذخیره و بازبینی اطلاعات |
| ۴۴ | کدگذاری و طبقه‌بندی بیماری‌ها و اقدامات درمانی |
| ۴۷ | منابع |

واحد مدیریت اطلاعات سلامت

(۱) مسئول واحد

(۱-۱) مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت به ترتیب ارجحیت واجد شرایط ذیل می‌باشد:

(۱-۱-۱) دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدارک پزشکی یا فناوری اطلاعات سلامت و ۱ سال سابقه کار در واحد مدارک پزشکی و گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی، بهبود کیفیت، بهبود عملکرد و دوره‌های فناوری اطلاعات

(۲-۱-۱) دارا بودن مدرک کارشناسی مدارک پزشکی، یا فناوری اطلاعات سلامت و ۲ سال سابقه کار در واحد مدارک پزشکی و گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی، بهبود کیفیت، بهبود عملکرد و دوره‌های فناوری اطلاعات

سنجه. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده، به عنوان مسئول این واحد طی حکمی از سوی رییس بیمارستان* یا مسئول پست متناظر آن انتخاب شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز |
|------------|-----|------------------------------|----|---------|----|--------|--|
| | الف | موارد مندرج در متن استاندارد | ه | | ی | | در صورتی که مسئول واحد ابلاغ مکتوب با امضا ریاست بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: |
| | ب | | و | | ک | | - دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدارک پزشکی یا فناوری اطلاعات سلامت (۳ امتیاز) |
| | ج | در پرونده پرسنلی مسئول واحد | ز | | ل | | - دارا بودن مدرک کارشناسی مدارک پزشکی یا فناوری اطلاعات سلامت (۲ امتیاز) |
| | د | | ح | | م | | - حداقل ۱ سال سابقه کار برای کارشناسی ارشد مدارک پزشکی یا فناوری اطلاعات سلامت (۱ امتیاز) |
| | | | ط | | | | - گذراندن ۴۰ ساعت دوره مدیریت عمومی (۰/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | - گذراندن ۴۰ ساعت دوره بهبود کیفیت (۰/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | - گذراندن ۴۰ ساعت دوره بهبود عملکرد (۰/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | - گذراندن ۴۰ ساعت دوره فناوری اطلاعات (۰/۵ امتیاز) |

* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

۲) خط مشی‌ها و روش‌ها

۱-۲) یک کتابچه / مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در واحد وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید.

۱-۱-۲) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۲-۱-۲) خط مشی‌ها و روش‌ها به طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۱-۲) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۴-۱-۲) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۵-۱-۲) کتابچه / مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۶-۱-۲) کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه. کتابچه / مجموعه (کاغذی / الکترونیکی) * خط مشی‌ها و روش‌ها با مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۲ و زیرمجموعه آن، در بیمارستان موجود است و کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | کتابچه / مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها** | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی | کتابچه / مجموعه موجود نباشد | کتابچه / مجموعه موجود باشد | کتابچه / مجموعه موجود باشد |
| | ب | مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۲ و زیرمجموعه آن | و | | ک | اگر به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی دارید آن را با هم ببینیم | مشخصات مندرج در بند «ب» را نداشته باشد | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد |
| | ج | در بیمارستان | ز | | ل | در بخش‌ها و واحدهای مختلف | اما | | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر | ۲-۳ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | ۳-۴ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | ۴-۵ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند |
| | | | ط | | | | ۰-۱ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | | |

* تذکر: اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است.

** تذکر: منظور کتابچه / مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی / الکترونیک وجود دارد و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه / مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را در دسترس داشته باشد و مورد استفاده قرار دهد.

۲-۲) برای هر خط مشی و روش موارد ذیل باید مشخص باشد:*

- سنجه. برای هر خط مشی و روش موارد ذیل مشخص می‌باشند:
- نام دانشگاه
- نام بیمارستان
- عنوان / موضوع (مانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خط مشی‌ها و روش‌ها از بیمارستان‌ها خواسته شده است).
- دامنه خط مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط مشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثلا بخش‌های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می‌شود کل بیمارستان یا بخش‌های ویژه و...).
- کد خط مشی (بیمارستان می‌تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می‌کند، خط مشی‌ها و روش‌ها را دسته بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه‌ای از حروف و اعداد باشد که به‌عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیربالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خط مشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
- تاریخ آخرین بازنگری (چون بازنگری‌ها باید حداقل سالانه باشند، بنابراین اگر از تدوین یک خط مشی کمتر از یک سال گذشته باشد، وجود تاریخ آخرین بازنگری الزامی نیست. شایان ذکر است که تمامی خط مشی‌ها و روش‌ها باید حتما حداقل سالانه بازنگری شوند و حتی اگر پس از بازنگری مشخص شد که نیازی به تغییر نیست، ذکر تاریخ بازنگری ضروری است).
- تاریخ آخرین ابلاغ (باید بعد از تاریخ بازنگری باشد) (اگر خط مشی و روش ابلاغ نشده باشد، امتیاز صفر به آن داده می‌شود).
- تعاریف (در صورتی که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به‌نظر می‌رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن‌ها برداشت‌های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می‌گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه‌ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارائه شود و یک واژه در دو یا چند خط مشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
- خط مشی: در این قسمت لازم است نوشته شود **چرا** این خط مشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به **چه هدفی** است (در صورتی که **چرایی و هدف با هم نوشته شده باشند، قابل قبول است و لازم نیست کاملا تفکیک شوند**) و **سیاست بیمارستان** در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. (به‌عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می‌توان نوشت: با توجه به **چرایی**) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به‌عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با **هدف** پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست‌های آلوده، **سیاست** رعایت بهداشت دست‌ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
- مشخص کردن یک فرد که پاسخ‌گوی اجرای این خط مشی می‌باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می‌نماید که خط مشی و روش مذکور اجرا می‌شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره‌ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی‌نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن‌ها با بهره‌گیری از مشارکت و هم‌فکری آنان می‌باشد و به هیچ‌عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ‌گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).

- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله ۱، ۲، ۳ و ۴... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر آن که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها).
 - امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
 - جدول اسامی شامل: اسامی تهیه کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور**
 - شماره صفحات
 - منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می‌شود، تجربه بیمارستان).
 - استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به‌عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).
- **تذکر: در مورد مشخصات هر خط مشی و روش، بیمارستان می‌تواند، مشخصات مشترک را در ابتدای کتابچه بیاورد. به‌عنوان مثال کل کتابچه در تاریخ... بازنگری و در تاریخ... ابلاغ شده است و دیگر لازم نیست برای هر خط مشی و روش جداگانه در صفحه مربوطه درج گردد. همچنین اگر تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش‌های یک بخش یا واحد یک گروه ثابت هستند، می‌تواند یک‌بار در ابتدای آن بخش و واحد فهرست آن‌ها را آورد و لازم نیست برای هر بخش و واحد آن را تکرار کرد.
- **تذکر: تاییدکننده یا تاییدکنندگان (می‌تواند یک فرد یا شورا، کمیته و... باشد با امضای فرد، رییس شورا یا کمیته مذکور) باید بالاترین صلاحیت و اطلاعات علمی و تجربی را در آن موضوع داشته باشند. نظر به اینکه اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است، برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه‌کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می‌نماید.

۲-۲-۱) محافظت و امنیت سیستم‌های ذخیره و بازیابی اطلاعات

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*تذکر: به‌عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

۲-۲-۲) شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار (درون سازمانی، برون سازمانی)*

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا | یا | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | | | ط | | | | | | |

* دسترسی به اطلاعات درون سازمانی برای مواردی چون انجام فعالیت‌های پژوهشی و اطلاعات برون سازمانی مانند ارسال مدارک لازم برای سازمان‌های بیمه‌گر

۲-۲-۳) رعایت محرمانگی اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیمار

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|---|---|------------------------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا امکانات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستنداتی که مستدل باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مستنداتی که مستدل باشد | غ.ق.ا | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستنداتی که مستدل باشد | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستنداتی که مستدل باشد | | |
| | ج | در این واحد | ز | مورد ۵ | ل | در این واحد | | مستنداتی که مستدل باشد | مستنداتی که مستدل باشد | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | مورد ۵ | | مستنداتی که مستدل باشد | مستنداتی که مستدل باشد | |
| | | | ط | | | | مستنداتی که مستدل باشد | مستنداتی که مستدل باشد | | |

۲-۲-۴) خلاصه برداری و امحا پرونده‌های پزشکی پس از دوره‌ی زمانی تعیین شده.

سنجه . خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار و براساس بخش‌نامه‌های ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ و ۱۰۱/۱۹/۱۰ مورخ ۹۲/۱/۱۷ تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۲-۵) سازماندهی درونی پرونده‌های پزشکی (مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار)

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۲-۶) بررسی کمی و کیفی و رفع نقص پرونده پزشکی حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|--|---------|---------|---|----|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | مشاهدات | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند | ۱-۴ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | | |
| | | | | | | | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | تمام امکانات موجود باشند | | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | یا | یا | | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | در این واحد | مستندات موجود نباشند | یا | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | | |
| | | | | | | | امکانات موجود نباشند | یا | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | مستقیم و غیرمستقیم | ل | در این واحد | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | تمام امکانات موجود باشند | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | | |
| | | | | | | | بخشی از امکانات موجود باشد | تمام امکانات موجود باشند | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| د | مستقیم و غیرمستقیم | ح | م | ۵ مورد | م | ۵ مورد | مستندات موجود نباشند | تمام مستندات موجود باشند | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | | |
| | | | | | | | امکانات موجود نباشند | تمام امکانات موجود باشند | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| ط | مستقیم و غیرمستقیم | ط | ط | مستقیم و غیرمستقیم | ط | مستقیم و غیرمستقیم | مستندات موجود نباشند | تمام مستندات موجود باشند | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | | |
| | | | | | | | امکانات موجود نباشند | تمام امکانات موجود باشند | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | | | | | | | یا | یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | |

۷-۲-۲) مدیریت طراحی و بروز رسانی فرم های بیمارستانی مورد نیاز

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل های مورد انتظار و براساس «فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی» ابلاغی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی به شماره ۴۰۹/۱۱۱۶۵ مورخ ۹۳/۶/۱۷ تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---|----|--|---|---|-------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف | بخشی از مستندات موجود باشند یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | غ.ق.ا | |
| | ب | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | یا مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | | |

۲-۲-۸) پیگیری و باز یابی اطلاعات پرونده های پزشکی مفقود شده و آسیب دیده

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---|----|---------------------------------------|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |
| | ب | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمامی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا | یا | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | یا | یا | |
| | | | ط | | | | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | |

۹-۲-۲) کنترل و مطابقت پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|---|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | غ.ق.ا | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستلول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مستلول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | یا مستلول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مستلول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | یا مستلول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مستلول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | | | ط | | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۲-۲-۱۰) انتخاب و پیاده سازی سیستم بایگانی پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با نیاز واحد مدیریت اطلاعات سلامت (از جمله فضای بایگانی، تعداد پذیرش و تریجی و درخواست پرونده پزشکی)

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---|----|---------------------------------------|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.۱ |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۲-۱۱) تغییر و اصلاح مشخصات هویتی بیمار در صورت نیاز (به عنوان مثال در زمانی که مشخص گردد بیمار در زمان پذیرش، به هر دلیلی، مشخصات هویتی اصلی خود را به درستی اعلام نکرده است).

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۲-۱۲) ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی و محتویات آن از واحد مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|--|--|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۲-۱۳) نحوه‌ی همکاری در گردآوری داده‌ها، کنترل صحت آمارهای دریافتی از بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، تحلیل شاخص‌های بیمارستانی با توجه به نیازهای درون سازمانی و برون سازمانی با واحد بهبود کیفیت بیمارستان

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|--|---|-------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا | | |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۱ | ۲ | ۱ | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | ۳ | ۴ | ۲ | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | | | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | | |

۳) پذیرش بیمار و تشکیل پرونده پزشکی

۱-۳) بیمارستان برای هر بیمار ارزیابی یا درمان شده (اورژانسی، سرپایی، بستری) یک پرونده پزشکی مخصوص به خود تشکیل می‌دهد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند بیمارستان برای هر بیمار ارزیابی یا درمان شده (اورژانسی، سرپایی، بستری) بارعایت دقت و صحت ثبت اطلاعات (احراز هویت بیمار)، یک پرونده پزشکی مخصوص به خود مطابق بخش‌نامه شماره ۱/۳۳۹۱/پ مورخ ۸۰/۸/۲۹ تشکیل می‌دهد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---|----|--------|--|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | | ه | تشکیل پرونده استاندارد مطابق مندرجات سنجه برای بیماران | ی | | برای هیچ بیماری پرونده مطابق بخش‌نامه مندرج در سنجه تشکیل نمی‌شود یا در ۲-۰ پرونده قسمت‌های مورد اشاره در استاندارد تکمیل شده است | برای مراجعین درمانگاه یا اورژانس سرپایی پرونده تشکیل نمی‌شود یا در ۳-۶ پرونده قسمت‌های مورد اشاره در استاندارد تکمیل شده است | برای تمام بیماران پرونده تشکیل می‌شود و در ۷-۱۰ پرونده قسمت‌های مورد اشاره در استاندارد تکمیل شده است | |
| | ب | | و | یک پرونده برای هر بیمار | ک | | | | | |
| | ج | | ز | در قسمت پذیرش در قسمت درمانگاه‌ها در قسمت اورژانس (سرپایی* و بستری) | ل | | | | | |
| | د | | ح | ۱۰ مراجعه کننده به قسمت اورژانس، درمانگاه و پذیرش بیمارستان | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

*تذکر: منظور از سرپایی، مراجعین درمانگاه و مراجعین اورژانس که براساس تریاژ نیاز به بستری یا تحت نظر بودن ندارند و به صورت سرپایی ویزیت می‌شوند، می‌باشد.

۲-۳) در پرونده‌های سرپایی درمانگاه و اورژانس، مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش‌ها و تصویربرداری، ثبت نتیجه نهایی تکمیل شده است و از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده‌های بستری انطباق دارند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند پرونده‌های سرپایی درمانگاه و سرپایی اورژانس واجد موارد مندرج در استاندارد هستند (برگه رضایت بیمار فقط در صورت نیاز) و از نظر دسترسی، محرمانگی و بایگانی، با پرونده‌های بستری انطباق دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | پرونده‌های سرپایی درمانگاه و اورژانس * | ه | | ی | | | | |
| | ب | واجد موارد مندرج در استاندارد | و | | ک | | | | |
| | ج | در درمانگاه در اورژانس | ز | | ل | | | | |
| | د | ۱۰ پرونده سرپایی (درمانگاه و اورژانس) | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*از پرونده‌های درمانگاه و اورژانس هر کدام ۵ پرونده مورد ارزیابی قرار گیرد و در صورتی که بیمارستان فاقد درمانگاه باشد نمونه فقط از اورژانس انتخاب شود.

۳-۳) هر بیمار یک شماره ی پرونده ی پزشکی اختصاصی دارد.

سنجه. بیمار در مراجعات مختلف بستری، یک شماره پرونده پزشکی واحد دارد و در مراجعات بعدی از همان شماره استفاده می شود و در مواردی که بیمار پرونده بستری قبلی در این بیمارستان دارد با زدن علامت تیک در کادر سمت چپ بالای فرم پذیرش و ثبت تعداد دفعات مراجعه اعلام می شود که بیمار قبلا در این بیمارستان مراجعه داشته یا پزشکان در صورت نیاز، اطلاعات پرونده بستری قبلی را درخواست نموده و مورد استفاده قرار دهند و مفهوم این علامت قبلا به کارکنان بالینی اعلام شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|---------------|-----|---|----|---------|----|---|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | پرونده بیماران بستری | ه | | ی | از کارکنان بالینی و مسئول پذیرش | | | |
| | ب | با زدن علامت تیک در کادر سمت چپ بالای فرم پذیرش و ثبت تعداد دفعات مراجعه بیمار | و | | ک | در صورتی که یک بیمار به دفعات به این بیمارستان مراجعه کند چگونه به وی شماره پرونده می دهید؟ و در صورتی که پاسخ داده شد یک شماره در تمام مراجعات داده می شود درخواست می کنیم چند نمونه به ما نشان دهند | در صورتی که هیچ روشی برای شناسایی و اعلام بیمارانی که مراجعه قبلی داشته اند موجود نباشد یا در صورتی که مندرجات بند «ب» در ۰-۱ پرونده رعایت شده باشد یا اظهارات ۰-۱ نفر موید رعایت مندرجات سنجه باشد | در صورتی که روشی برای شناسایی و اعلام بیمارانی که مراجعه قبلی داشته اند موجود باشد اما در ۲-۳ پرونده مندرجات بند «ب» رعایت شده باشد یا اظهارات ۲-۳ نفر موید رعایت مندرجات سنجه باشد | در صورتی که روشی برای شناسایی و اعلام بیمارانی که مراجعه قبلی داشته اند موجود باشد و در ۴-۵ پرونده مندرجات بند «ب» رعایت شده باشد یا اظهارات ۴-۵ نفر موید رعایت مندرجات سنجه باشد |
| | ج | در قسمت پذیرش | ز | | ل | در قسمت پذیرش در بخش های بستری | | | |
| | د | پرونده ۵ مورد از بیمارانی که مراجعه قبلی به بیمارستان داشته اند با کمک مسئول پذیرش انتخاب و بررسی می شود | ح | | | م | ۵ نفر | | |
| | | | | ط | | | | | |

۳-۴) پرونده‌های پزشکی براساس شماره‌ی پرونده یا نام و نام خانوادگی هر بیمار که در فهرست اصلی بیماران موجود می‌باشد به سرعت قابل بازیابی است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند اسامی و مشخصات بیماران هم از طریق شماره پرونده پزشکی و هم از طریق نام و نام خانوادگی در فهرست اسامی اصلی که شامل بیماران جدید و قدیم است موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | | ه | | ی | مسئول پذیرش | | | | |
| | ب | | و | | ک | درخواست می‌کنیم که اسامی تعدادی از بیماران ترخیص شده را بیاورد و یک اسم را انتخاب می‌کنیم و نام و نام خانوادگی و شماره پرونده آن را انتخاب می‌کنیم و باید پرونده مربوطه را ظرف مدت ده دقیقه بازیابی نماید | با هیچ یک از موارد نام و نام خانوادگی و | | با هر دو مورد نام و نام خانوادگی و | |
| | ج | | ز | | ل | | شماره پرونده نتواند پرونده را بازیابی نماید | | شماره پرونده بتواند پرونده را بازیابی نماید | |
| | د | | ح | | م | ۵ پرونده | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۳-۵) اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم‌های پرونده پزشکی به‌طور کامل تکمیل شده است.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و سربرگ فرم‌ها به‌طور کامل تکمیل می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | فرم‌های پرونده پزشکی | ه | | ی | | | | | |
| | ب | تکمیل کامل سربرگ‌ها و اطلاعات دموگرافیک فرم پذیرش | و | | ک | | | | | |
| | ج | در بخش‌های بستری و واحد پذیرش | ز | | ل | | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۴) سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب)

۴-۱) ثبت داده‌ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت متبوع صورت می‌گیرد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل‌های تعیین شده توسط دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت متبوع مطابق فایل پیوست شماره (۱) انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|---|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | | ۵ | داده‌های وارد شده در سامانه مذکور مطابق سنجه | ی | داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش/واحدهای بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها حتی یک مورد مطابق فایل پیوست ۱ وارد نشده باشد | ۱ | ۲ | داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش/واحدهای بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها در تمام موارد مطابق فایل پیوست ۱ وارد شده باشد |
| | ب | | و | در این واحد | ک | | | | |
| | ج | | ز | ۳ گزارش داده‌های مرتبط در آواب | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند داده‌های ثبت شده مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با وضعیت موجود بیمارستان مطابقت دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---|----|---|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | پروانه بیمارستان و مسئولین فنی بیمارستان و بخش‌های پاراکلینیک، فرم‌های آماری ماهانه بخش‌ها (۲۰۱-۱ و ۲۰۱-۲) | ۵ | بخش / واحدهای مختلف بیمارستان و فعالیت آن‌ها از نظر مطابقت با اطلاعات ثبت شده در آواب | ی | داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها حتی یک مورد مغایرت داشته باشد | ۱ | ۲ | داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در تمام موارد مطابقت داشته باشد |
| | ب | مقایسه عناصر اطلاعاتی آواب با لیست کاغذی | و | بخش/واحدهای مختلف | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | | | | |
| | د | هر کدام ۵ مورد | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کنترل_ثبت و بروزرسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه‌ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) براساس حداقل‌های تعیین شده از طرف دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت متبوع مطابق فایل پیوست شماره (۲) توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---|--------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۳ | الف | لیست کاغذی کارکنان و احکام حقوقی آن‌ها، شناسنامه تجهیزات پزشکی بیمارستان | ه | داده‌های وارد شده در سامانه مذکور مطابق سنجه | ی | داده‌های مربوط به نیروی انسانی و تجهیزات پزشکی و سرمایه‌ای حتی یک مورد مطابق فایل پیوست ۲ وارد نشده باشد یا حتی در یک مورد به روز رسانی نشده باشد | ۱ | ۲ | داده‌های مربوط به نیروی انسانی و تجهیزات پزشکی و سرمایه‌ای تمام موارد مطابق فایل پیوست ۲ وارد شده باشد و در تمام موارد به روز رسانی شده باشد |
| | ب | مقایسه عناصر اطلاعاتی آواب با لیست کاغذی | و | در این واحد | ی | | | | |
| | ج | در واحد منابع انسانی و واحد تجهیزات پزشکی | ز | ۳ گزارش داده‌های مرتبط در آواب | ل | | | | |
| | د | هر کدام ۵ مورد | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

(۵) سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS)

۵-۱) ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستان، با رعایت حداقل‌های مورد نظر دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت متبوع صورت می‌گیرد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستان مطابق مجموعه حداقل‌های اطلاعاتی (MDS) قابل دسترسی در سایت گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت متبوع صورت می‌گیرد و با پرونده کاغذی بیماران مطابقت دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | حداقل اقلام اطلاعاتی ثبت شده در آواب و پرونده پزشکی بیماران | ه | | ی | حداقل اقلام اطلاعاتی در سیستم اطلاعات بیمارستانی حتی در یک مورد وارد نشده باشد | حداقل اقلام اطلاعاتی در سیستم اطلاعات بیمارستانی تمام موارد وارد شده باشد و مطابق پرونده بیمار باشد | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | مطابقت اقلام وارد شده با حداقل‌های تعیین شده و پرونده بیمار | و | | ک | یا | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | مطابق پرونده بیمار نباشد | | | | |
| | د | ۱۰ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

<http://medcare.behdasht.gov.ir>*

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهد کنترل صحت آمارها و گزارش‌های دریافتی از سیستم (HIS) به طور منظم انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------------------------------|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۲ | الف | گزارشات ماهانه مربوط به بررسی صحت آمارها از طریق مقایسه داده‌های کاغذی با HIS | ه | | ی | کنترل صحت آمارها صورت می‌گیرد | کنترل صحت آمارها صورت می‌گیرد اما حداقل ماهیانه نیست | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| | ب | رعایت فواصل زمانی | و | | ک | کنترل صحت آمارها صورت نمی‌گیرد | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | گزارش ۵ ماه | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۶) اصول مستند سازی پرونده بیمار

۶-۱) در ثبت گزارش‌ها در پرونده‌ی بیماران، موارد ذیل مطابق بخش‌نامه‌ی شماره ۴۰۹/۱۱۱۶۷ مورخ ۹۳/۶/۱۷ دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت متبوع رعایت می‌گردد:

۶-۱-۱) تمام مستندات خوانا می‌باشند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند پرونده بیمار یا سایر گزارشات مربوط به بیمار به صورت خوانا (دست نویس-تایپی) نوشته شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|---------------|-----|---------------|----|---------|----|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | پزشک نویسنده دستور و پرستاران بخش مربوطه | ۰-۱ نفر مانند پزشک مربوطه بخوانند | ۲-۳ نفر مانند پزشک مربوطه بخوانند | ۴-۵ نفر مانند پزشک مربوطه بخوانند | غ.ق.ا |
| | ب | به صورت خوانا | و | | ک | ابتدا از پزشک می‌پرسیم که کلمه مورد نظر در دستورات پزشکی چیست و سپس از سایر افراد مذکور می‌خواهیم که آن را بخوانند | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | در بخش مربوطه | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | ۵ نفر که ارزیابان بالینی هم می‌توانند جزء آنان باشند | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۶-۱-۲) تمام دستورات شفاهی توسط افراد با صلاحیت (با ذکر نام دریافت کننده و دستور دهنده) با ذکر تاریخ و ساعت طبق قوانین و مقررات پزشکی ثبت و تایید می‌گردد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند در موارد دستورات شفاهی که با پیروی از خط مشی و روش بیمارستان انجام می‌شود، امضا و مهر دریافت کننده و دستور دهنده و تاریخ و ساعت دریافت دستور و تایید مجدد آن توسط پزشک معالج ثبت شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|---|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | فهرست * دستورات شفاهی یک ماه اخیر بخش‌ها پرونده بیمار از فهرست مذکور | ه | | ی | در ۰-۱ پرونده تمام مندرجات در دستورات شفاهی ثبت شده است | در ۲-۳ پرونده تمام مندرجات در دستورات شفاهی ثبت شده است | در ۴-۵ پرونده تمام مندرجات در دستورات شفاهی ثبت شده است | |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* این فهرست توسط بخش مربوطه تهیه می‌شود و نسخه‌ای از آن در اختیار واحد مدیریت اطلاعات سلامت قرار می‌گیرد.

۶-۱-۳) تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده پزشکی مهر و امضا دارند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بیمار مهر و امضا دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------|----|---------|----|---|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | در ۰-۱ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۲-۳ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۴-۵ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۴) تمام گزارش‌ها تاریخ و ساعت دارند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند تمام گزارش‌ها و مستندات پرونده بیمار تاریخ و ساعت دارند.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|---|--------|----|---------|---------------------|--------------|-----|------------|
| غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | در ۴-۵ پرونده تمام گزارش‌ها و مستندات پرونده تاریخ و ساعت دارند | در ۲-۳ پرونده تمام گزارش‌ها و مستندات پرونده تاریخ و ساعت دارند | در ۰-۱ پرونده تمام گزارش‌ها و مستندات پرونده تاریخ و ساعت دارند | | ی | | ه | پرونده بیمار | الف | |
| | | | | | ک | و | موارد مندرج در سنجه | ب | | |
| | | | | | ل | ز | در این واحد | ج | | |
| | | | | | م | ح | ۵ پرونده | د | | |
| | | | | | | ط | | | | |

۶-۱-۵) در تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده پزشکی، نام و نام خانوادگی و سمت ثبت کننده موجود است.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند در تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بیمار، نام و نام خانوادگی و سمت ثبت کننده موجود است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|---|--------|----|---------|---------------------|--------------|-----|------------|
| غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | در ۴-۵ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۲-۳ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۰-۱ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | | ی | | ه | پرونده بیمار | الف | |
| | | | | | ک | و | موارد مندرج در سنجه | ب | | |
| | | | | | ل | ز | در این واحد | ج | | |
| | | | | | م | ح | ۵ پرونده | د | | |
| | | | | | | ط | | | | |

۶-۱-۶) تمامی فرمهای پرونده پزشکی اصل می باشد.

سنجه. مستندات نشان می دهند تمام فرمهای پرونده اصل می باشد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------|----|---------|----|---|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | در ۰-۱ پرونده تمام فرمهای داخل پرونده اصل می باشد | در ۲-۳ پرونده تمام فرمهای داخل پرونده اصل می باشد | در ۴-۵ پرونده تمام فرمهای داخل پرونده اصل می باشد | |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۷) تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرمهای پرونده پزشکی به طور کامل تکمیل می گردد.

سنجه. مستندات نشان می دهند تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرمها به طور کامل تکمیل شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------|----|---------|----|--|--|--|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | در ۰-۱ پرونده تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرمها تکمیل شده است | در ۲-۳ پرونده تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرمها تکمیل شده است | در ۴-۵ پرونده تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرمها تکمیل شده است | |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۸) تشخیص نهایی در پرونده بیمار به طور دقیق توسط پزشک معالج ثبت شده است.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند تشخیص نهایی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و خلاصه پرونده به‌طور دقیق ثبت شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص و فرم خلاصه پرونده | ه | | ی | | در ۴-۵ پرونده رعایت شده است | در ۲-۳ پرونده رعایت شده است | در ۰-۱ پرونده رعایت شده است |
| | ب | تشخیص نهایی | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱-۹) از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی در کل بیمارستان استفاده می‌شود.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی (حداقل شامل شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره‌ها) در کل بیمارستان استفاده می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------|----|---------|----|--------|---|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | پرونده بیمار | ه | | ی | | در ۴-۵ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۲-۳ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۰-۱ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است |
| | ب | موارد مندرج در سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱۰) پرونده بیمار فقط توسط کسانی که براساس فهرست بیمارستان مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار هستند ثبت شده است.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند پرونده بیمار فقط توسط کسانی که براساس فهرست بیمارستان مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار هستند ثبت می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|-----------------------------|----|---------|----|--------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مطابقت لیست افراد با پرونده | ه | | ی | | در ۰-۱ پرونده رعایت می‌شود | در ۲-۳ پرونده رعایت می‌شود | در ۴-۵ پرونده رعایت می‌شود |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱۱) اطلاعات و نتایج تمامی بررسی‌ها و مراقبت‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، به ترتیب زمانی در پرونده پزشکی بیماران درج می‌گردند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند اطلاعات و نتایج بررسی‌ها و مراقبت‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، به ترتیب زمانی در پرونده پزشکی بیماران درج می‌گردند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | اطلاعات و نتایج بررسی‌ها و مراقبت‌های کلینیکی و پاراکلینیکی | ه | | ی | | در ۰-۱ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۲-۳ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است | در ۴-۵ پرونده تمام مندرجات سنجه رعایت شده است |
| | ب | به ترتیب زمانی | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۱۲) فرم‌های رضایت آگاهانه بیمار تکمیل شده اند و حاوی امضای بیمار و پزشک معالج می‌باشند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند فرم‌های تکمیل شده رضایت آگاهانه بیمار با رعایت حداقل‌های مندرج در سنجه ۲ استاندارد ۱-۱۱ حقوق گیرنده خدمت در پرونده بیمارانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه داشته اند موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | فرم‌های رضایت آگاهانه در پرونده بیمار | ه | | ی | | | | |
| | ب | حداقل‌های تعیین شده تکمیل و امضا شده | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۱۰ پرونده از بخش‌هایی که احتمال انجام اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه در آن بخش‌ها بیشتر است. مانند اتاق عمل، بخش جراحی، آنژیوگرافی،... تا زمانی که حداقل ۵ مورد از آنها، نیازمند رضایت آگاهانه باشند | ح | | م | در ۲-۰ پرونده نیازمند رضایت آگاهانه موارد مندرج در سنجه رعایت شده است | در ۳-۶ پرونده نیازمند رضایت آگاهانه موارد مندرج در سنجه رعایت شده است | در ۷-۱۰ پرونده نیازمند رضایت آگاهانه موارد مندرج در سنجه رعایت شده است | |
| | | | ط | | | | | | |

۷) فرم شرح حال

۷-۱) فرم شرح حال بیمار در پرونده وی موجود است و حداقل موارد ذیل در آن ثبت شده‌اند:

۷-۱-۱) مشخصات دموگرافیک (جمعیت شناختی) بیمار

۷-۱-۲) شکایت اصلی بیمار

۷-۱-۳) تاریخچه بیماری فعلی

۷-۱-۴) تاریخچه بیماری‌های قبلی

۷-۱-۵) داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات

۷-۱-۶) حساسیت و ناسازگاری دارویی

۷-۱-۷) سوابق فامیلی

۷-۱-۸) معاینات بدنی و بررسی‌های بالینی

۷-۱-۹) نتایج معاینات بالینی

۷-۱-۱۰) تشخیص اولیه یا افتراقی

۷-۱-۱۱) طرح درمان

سنجه. مستندات نشان می‌دهند فرم شرح حال بیمار در پرونده وی موجود است و حداقل موارد مندرج در استاندارد در آن ثبت شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|----|--|----|---------|----|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| الف | | فرم شرح حال بیمار | ه | | ی | | | | |
| ب | | حداقل‌های مورد نیاز طبق موارد مندرج در استاندارد** | و | | ک | ۲۰-۰ درصد از موارد رعایت شده است | ۶۰-۲۱ درصد از موارد رعایت شده است | ۱۰۰-۶۱ درصد از موارد رعایت شده است | |
| ج | | در پرونده بیمار در این واحد | ز | | ل | | | | |
| د | | ۵ پرونده از بخش‌های مختلف | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

* نحوه محاسبه درصد به این ترتیب است که حداقل‌های موارد موجود در فرم شرح حال که ۱۱ مورد است در ۵ پرونده ۵۵ مورد می‌شود که در مجموع به صورت جدول بالا محاسبه می‌شود.

**مطابق با حداقل‌های تعیین شده توسط گروه‌های تخصصی (روان‌پزشکی، بلوک زایمان، چشم پزشکی و...)

۸) خلاصه پرونده

۸-۱) یک فرم خلاصه پرونده موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

۸-۱-۱) تاریخ پذیرش

۸-۱-۲) تاریخ ترخیص

۸-۱-۳) شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه

۸-۱-۴) تشخیص نهایی

۸-۱-۵) اقدامات درمانی و اعمال جراحی

۸-۱-۶) نتایج آزمایشات پاراکلینیکی

۸-۱-۷) سیربیماری (در صورت فوت، علت مرگ)

۸-۱-۸) وضعیت بیمار هنگام ترخیص

۸-۱-۹) توصیه های پس از ترخیص

۸-۱-۱۰) امضای پزشک معالج

سنجه. مستندات نشان می دهند فرم خلاصه پرونده موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|----------------------------------|----|---------|----|---|---|--|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ |
| | الف | فرم خلاصه پرونده در پرونده بیمار | ه | | ی | | | | |
| | ب | مشخصات مندرج در استاندارد | و | | ک | در ۲۰-۰ درصد، موارد مندرجات استاندارد رعایت شده است | در ۶۰-۲۱ درصد موارد مندرجات استاندارد رعایت شده است | در ۱۰۰-۶۱ درصد موارد مندرجات استاندارد رعایت شده است | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | | ط | | | | | |

۹) بازبینی پرونده پزشکی

۹-۱) بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است که موارد ذیل در آن رعایت می‌شوند:

۹-۱-۱) مشارکت نمایندگان همه تخصص‌های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده‌اند.

۹-۱-۲) بازبینی از جهت خوانا بودن مندرجات و کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرار گرفتن در پرونده‌ها براساس مصوبات کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات

۹-۱-۳) مستندات مربوط به سیر ارزیابی، مراقبت و درمان بیمار و نتایج و گزارش‌های مربوط به آزمایشات، تصویربرداری‌ها و.... با رعایت توالی زمانی، در پرونده بیمار ثبت و نگهداری می‌شوند.

۹-۱-۴) بازخورد نتایج حاصل از بازبینی پرونده‌های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند.

۹-۱-۵) چک لیست ممیزی تمامی اوراق پرونده‌ی پزشکی در زمان ترخیص که شامل فرم تریاژ بیمارانی که از طریق اورژانس بستری شده‌اند نیز می‌باشد.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند واحد مدیریت اطلاعات سلامت با مشارکت افراد ذیربط، چک لیستی را جهت اطمینان از تکمیل بودن محتوای پرونده بیمار تهیه نموده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------------------------|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | چک لیست مذکور | ه | | ی | | | | |
| | ب | تهیه شده براساس استانداردهای شماره‌های ۶، ۷، ۸ این واحد و استاندارد ۲-۲ پرونده بیمار در مشترکات بالینی | و | | ک | چک لیست مذکور موجود است | چک لیست مذکور موجود است | چک لیست مذکور موجود است | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | چک لیست مذکور موجود نیست | اما براساس استانداردهای ذکر شده تهیه نشده است | براساس استانداردهای ذکر شده تهیه شده است | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پرونده‌های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت، توسط منشی بخش و براساس چک لیست مورد اشاره در سنجه (۱) مورد بازبینی قرار می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | چک لیست‌های تکمیل شده کنترل پرونده پزشکی | ه | | ی | | چک لیست برای ۰-۱ پرونده تکمیل شده است | چک لیست برای ۲-۳ پرونده تکمیل شده است | چک لیست برای ۴-۵ پرونده تکمیل شده است |
| | ب | با امضای منشی بخش | و | | ک | | | | |
| | ج | در بخش‌های بالینی مختلف | ز | | ل | | | | |
| | د | در ۵ بخش | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۳. مستندات نشان می‌دهند پرونده‌های پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست مورد اشاره در سنجه (۱) مجدداً مورد بازبینی قرار می‌گیرند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۳ | الف | چک لیست‌های تکمیل شده کنترل پرونده پزشکی | ه | | ی | | چک لیست برای ۰-۱ پرونده تکمیل شده است | چک لیست برای ۲-۳ پرونده تکمیل شده است | چک لیست برای ۴-۵ پرونده تکمیل شده است |
| | ب | با امضای فرد چک کننده در واحد مدیریت اطلاعات سلامت | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | در ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۰) ذخیره و بازیابی اطلاعات

۱۰-۱) بیمارستان برای بایگانی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص می‌باشد که موارد ذیل در آن رعایت می‌شوند:

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند واحد مدیریت اطلاعات سلامت فرآیند مدونی را برای بایگانی کردن پرونده‌ها تهیه نموده است و کارکنان این واحد براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|-----------------------------|----|-------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | فرآیند مکتوب (کامل بودن تمام اوراق پرونده‌های پزشکی و روش بایگانی کردن پرونده‌ها به روش نظام بایگانی سه شماره‌ای) | ه | روند بایگانی کردن پرونده‌ها | ی | فرآیند مکتوب موجود نیست | فرآیند مکتوب موجود است | فرآیند مکتوب موجود است | فرآیند مکتوب موجود است | |
| | ب | نصب شده بر روی دیوار | و | در این واحد | ک | | نصب نشده | اما بر روی دیوار نصب نشده | و بر روی دیوار نصب شده | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | نمی‌شود | یا براساس آن عمل می‌شود | یا براساس آن عمل می‌شود | |
| | د | | ح | ۵ پرونده | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۱-۲) بایگانی (جاری و راکد) مناسب برای نگهداری پرونده‌های پزشکی موجود است.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده‌های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان‌های ذکر شده براساس بخش‌نامه‌های شماره ۱۰۱/۱۹/د مورخ ۹۲/۰۱/۱۷ و ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ در قسمت بایگانی جاری نگهداری می‌کند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--------|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | | ه | پرونده‌های فعال | ی | | | | |
| | ب | | و | در قسمت بایگانی جاری | ک | | | | |
| | ج | | ز | در ۱۰ پرونده (سرپایی، بستری، اورژانس) | ل | | در قسمت بایگانی جاری ۳-۶ پرونده مطابق بخش‌نامه نگهداری می‌شود | در قسمت بایگانی جاری ۷-۱۰ پرونده مطابق بخش‌نامه نگهداری می‌شود | |
| | د | | ح | مطابق مدت زمان ذکر شده در بخش‌نامه مندرج در سنجه | م | | | | |
| | | | | ط | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهد پرونده‌های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) حداقل پس از مدت زمان‌های ذکر شده مطابق شرایط مندرج در بخش‌نامه‌های شماره ۱۰۱/۱۹/د مورخ ۲۹/۱۰/۷۱ و ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ در بایگانی راکد نگهداری می‌شوند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---|----|--------|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | خلاصه برداری پرونده‌ها پس از مدت زمان ذکر شده در دستورالعمل | ه | پرونده‌های راکد | ی | | | | |
| | ب | مطابق بخش‌نامه مندرج در سنجه | و | در قسمت بایگانی راکد | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | در ۵ پرونده | ل | | شرایط نگهداری در بایگانی راکد مطابق بخش‌نامه نمی‌باشد | شرایط نگهداری در بایگانی راکد مطابق بخش‌نامه می‌باشد | |
| | د | ۵ پرونده | ح | شرایط راکد نمودن پرونده‌ها مطابق بخش‌نامه | م | | | | |
| | | | | ط | | | | | |

۱۰-۳) محل نگهداری پرونده‌های پزشکی واجد شرایط ذیل باشد:

- ۱۰-۳-۱) مساحت بایگانی پزشکی متناسب با بخش نامه وزارتی شماره ۱۰۱/۱۹/د مورخ ۹۲/۰۱/۱۷ گنجایش نگهداری پرونده‌های پزشکی را حداقل به میزان ۱۰ سال را دارد.
- ۱۰-۳-۲) از تابش مستقیم نور خورشید به پرونده‌های پزشکی جلوگیری می‌شود.
- ۱۰-۳-۳) محل نگهداری پرونده‌های پزشکی از نظر دما (بین ۱۸ تا ۲۰ درجه سانتی‌گراد) و رطوبت (۳۵ تا ۵۰ درصد) می‌باشد.
- ۱۰-۳-۴) کفپوش اتاق بایگانی پزشکی از نوع ضد سایش و قابل شستشو حتی الامکان از پوشش سنگ یا سرامیک باشد.
- ۱۰-۳-۵) دیوارهای محل نگهداری پرونده‌های پزشکی عایق پوششی مناسب برای جلوگیری از نفوذ رطوبت را دارد.
- ۱۰-۳-۶) محل نگهداری پرونده‌های پزشکی؛ خشک، دارای نور، تهویه، هوایی تازه، سالم و عاری از بو و جانوران موذی است.
- ۱۰-۳-۷) در صورتی که لوله‌های تاسیسات و یا لوله‌های فاضلاب از محل نگهداری پرونده‌های پزشکی عبور می‌کند، تمهیدات لازم (سقف کاذب،...) جهت جلوگیری از نشتی و آسیب‌های جانبی به پرونده‌ها در نظر گرفته می‌شود.
- ۱۰-۳-۸) در صورتی که لوله کشی گاز یا تاسیسات برق در محل نگهداری پرونده‌های پزشکی وجود دارند، ضمن رعایت فاصله، تمهیدات پیشگیری از آتش سوزی موجود است.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند محل نگهداری پرونده‌های پزشکی حداقل موارد ذکر شده در سنجه را دارا می‌باشد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--|--------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ |
| ۱ | الف | | ه | محل نگهداری پرونده‌های پزشکی (فعال و راکد) | ی | از کارکنان این واحد | | | | |
| | ب | | و | در این واحد | ک | آیا در این واحد جانوران موذی وجود دارند؟ | | | | در صورتی که تمام موارد مندرج در سنجه رعایت شده است |
| | ج | | ز | | ل | در این واحد | | | | در صورتی که حتی یکی از موارد مندرج در سنجه رعایت نشده است |
| | د | | ح | مستقیم | م | ۵ نفر از کارکنان این واحد | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد نشان می‌دهد واحد بایگانی پزشکی تجهیزات مناسب برای نگهداری پرونده‌های پزشکی بیماران را دارد.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|--|--|---------------------|----|-------------------------------------|----|---------|-----|------------|
| غ.ق.ا. | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | فضای با گنجایش کافی برای نگهداری پرونده‌ها وجود دارد و فضای با گنجایش کافی برای نگهداری پرونده‌ها وجود دارد | فضای با گنجایش کافی برای نگهداری پرونده‌ها وجود دارد یا تجهیزات مناسب برای ذخیره و بازیابی اطلاعات وجود دارد | فضا و تجهیزات مناسب برای نگهداری پرونده‌های پزشکی وجود ندارد | از کارکنان این واحد | ی | محل نگهداری پرونده‌ها (فعال و راکد) | ه | | الف | ۲ |
| | | | | در این واحد | ک | | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | | ج | |
| | | | | | م | مستقیم | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۱۰-۴) بازیابی پرونده‌های پزشکی در کمتر از ده دقیقه امکان پذیر می‌باشد.

سنجه ۱. شواهد نشان می‌دهند بازیابی پرونده‌های پزشکی در کمتر از ده دقیقه امکان پذیر است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|--|--|---|---|----|---------|----|---------|-----|------------|
| غ.ق.ا. | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | همه ۵ پرونده در کمتر یا مساوی ده دقیقه قابل بازیابی باشد | حتی یک پرونده در کمتر یا مساوی ده دقیقه قابل بازیابی نباشد | | امکان پذیر بودن دسترسی به پرونده‌ها در کمتر از ده دقیقه | ی | | ه | | الف | ۱ |
| | | | | در این واحد | ک | | و | | ب | |
| | | | | ۵ پرونده | ل | | ز | | ج | |
| | | | | به انتخاب ارزیاب از روی فهرست بیماران بیمارستان | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

۱۰-۵) پرونده‌های پزشکی در تمام ۲۴ ساعت توسط پرسنل آموزش دیده قابل ارزیابی هستند.

سنجه. واحد مدیریت اطلاعات سلامت از طریق تدوین خط مشی و روش مشخص این امکان را فراهم نموده که پرونده‌های پزشکی در تمام ساعات (۲۴ ساعت شبانه روز) توسط پرسنل آموزش دیده قابل دستیابی باشد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | قابل دستیابی بودن پرونده‌ها در ۲۴ ساعت | ه | | ی | رییس واحد مسئول بایگانی دو نفر از پرسنل این واحد | پرونده‌ها در خارج از ساعات اداری و ایام تعطیل قابل دسترسی نیست | پرونده‌ها در خارج از ساعات اداری و ایام تعطیل قابل دسترسی است | پرونده‌ها در خارج از ساعات اداری و ایام تعطیل قابل دسترسی است |
| | ب | چه افرادی می‌توانند در خارج از ساعات داری دسترسی داشته باشند | و | | ک | سوال شود در شیفت‌های عصر و شب یا ایام تعطیل چگونه به پرونده‌ها دسترسی دارید؟ | پرسنل اطلاع ندارند. | یا پرسنل اطلاع دارند | و پرسنل اطلاع دارند |
| | ج | | ز | | ل | | و | یا | و |
| | د | | ح | | م | | افراد برای این موضوع مشخص نشده‌اند | افراد برای این موضوع مشخص شده‌اند | افراد برای این موضوع مشخص شده‌اند |
| | | | ط | | | | | | |

۱۰-۶) در زمان انتقال بیمار، اصل گزارش در پرونده بیمار در بیمارستان بایگانی می‌گردد و رونوشتی از خلاصه گزارش انتقال به همراه بیمار انتقال می‌باید.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند در موارد انتقال و اعزام بیمار، اصل گزارش انتقال در پرونده بیمار در بیمارستان بایگانی می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | نسخه‌ای از فهرست بیماران اعزام شده در سه ماه اخیر پرونده بیمار | ه | | ی | | نسخه‌ای از فهرست انتقال یا اعزام بیماران موجود نیست | نسخه‌ای از فهرست انتقال یا اعزام بیماران موجود است | نسخه‌ای از فهرست انتقال یا اعزام بیماران موجود است |
| | ب | حاوی اصل برگه انتقال یا اعزام | و | | ک | | یا | یا | و |
| | ج | در دفتر مدیریت پرستاری در این واحد | ز | | ل | | در ۱-۰ پرونده برگه اصل انتقال موجود است | در ۲-۳ پرونده برگه اصل انتقال موجود است | در ۴-۵ پرونده برگه اصل انتقال موجود است |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۱۰-۷) از داده‌های موجود در رایانه، در فواصل زمانی منظم نسخه‌های پشتیبان تهیه می‌شود.

سنجه ۱. بیمارستان داده‌هایی را که نیاز به تهیه نسخه پشتیبان دارد با ذکر فواصل زمانی مشخص نموده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|-------------------------------------|----|---------|----|---|-------------------------|----------------------------------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | فهرست داده‌های نیازمند نسخه پشتیبان | ه | | ی | در صورتی که نسخه پشتیبان تهیه می‌شود ولی ناقص است | یا در دسترس نمی‌باشد | یا فواصل زمانی رعایت نشده است | در صورتی که نسخه پشتیبان مطابق سنجه تهیه می‌شود |
| | ب | ذکر فواصل زمانی تهیه نسخه پشتیبان | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد در واحد IT | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که در فواصل زمانی مشخص شده از داده‌های مذکور، نسخه پشتیبان تهیه می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|-------------------------------------|----|-------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | | ه | تهیه نسخه پشتیبان از داده‌ها | ی | نسخه پشتیبان موجود نیست | یا فواصل زمانی رعایت نشده است | نسخه پشتیبان موجود ولی ناقص است | نسخه کامل پشتیبان موجود است |
| | ب | | و | در این واحد در واحد IT | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | مطابقت نسخه پشتیبان با فهرست سنجه ۱ | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۳. یک نسخه پشتیبان با اطلاع مدیران ارشد و حراست بیمارستان با حفظ اصل محرمانه بودن و امنیت در خارج از بیمارستان نگهداری می‌شود تا در صورت ایجاد بحران و آتش سوزی و... اطلاعات از بین نرود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|---------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۳ | الف | نسخه پشتیبان از داده‌هایی که نیاز است نسخه پشتیبان تهیه شود | ه | | ی | مسئول حراست رییس بیمارستان مسئول واحد مدارک پزشکی مسئول واحد IT | نسخه پشتیبان در مکانی خارج از بیمارستان وجود ندارد | نسخه پشتیبان تهیه شده است | نسخه پشتیبان تهیه شده است |
| | ب | مشخصات مندرج در سنجه | و | | ک | مسئول حراست | یا | اما | و |
| | ج | در مکان خارج از بیمارستان | ز | | ل | رییس بیمارستان از آن بی‌اطلاع هستند | یا | در مکانی خارج از بیمارستان نیست | در مکانی خارج از بیمارستان است |
| | د | به تعداد مورد نیاز | ح | | م | یا | با آن موافق نمی‌باشند | | |
| | | | | ط | | | | | |

۱۰-۸) بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی (Color coding) می‌باشد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که بیمارستان برای ۱۸ برگ ابلاغی پرونده‌ها از سیستم کدگذاری رنگی استفاده می‌نماید.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|------------------------------|----|--------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | سیستم کدگذاری رنگی پرونده‌ها | ی | | از سیستم کدگذاری رنگی استفاده نمی‌شود | | از سیستم کدگذاری رنگی استفاده می‌شود |
| | ب | | و | برای ۱۸ برگ ابلاغی | ک | | | | |
| | ج | | ز | در این واحد | ل | | | | |
| | د | | ح | ۱۰ پرونده | م | | | | |
| | | | | ط | | | | | |

۱۰-۹) امکانات اعلام آتش سوزی و آتش نشانی، موجود است.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند امکانات اعلام آتش سوزی و آتش نشانی، موجود است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|------------|---|-----------|--------|----|------------------------------------|----|---------|-----|------------|
| غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | موجود نیست | | موجود است | | ی | امکانات اعلام آتش سوزی و آتش نشانی | ه | | الف | |
| | | | | | ک | | و | | ب | |
| | | | | | ل | این واحد | ز | | ج | |
| | | | | | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | | ط | | |

۱۱) کدگذاری و طبقه‌بندی بیماری‌ها و اقدامات درمانی

۱۱-۱) کدگذاری پرونده براساس آخرین ویرایش ICD درواحد مدیریت اطلاعات سلامت طبق دستورالعمل کشوری انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برای تمامی پرونده‌های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص نهایی پرونده‌ها براساس آخرین ویرایش ICD (طبق دستورالعمل کشوری) انجام می‌شود.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|---|--------|----|---------|----|--|-----|------------|
| غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | در ۴-۵ پرونده کدگذاری تشخیص نهایی براساس دستورالعمل مذکور انجام شده است | در ۲-۳ پرونده کدگذاری تشخیص نهایی براساس دستورالعمل مذکور انجام شده است | در ۰-۱ پرونده کدگذاری تشخیص نهایی براساس دستورالعمل مذکور انجام شده است | | ی | | ه | مستندات کدگذاری تشخیص نهایی در پرونده‌ها | الف | |
| | | | | | ک | | و | براساس دستورالعمل مذکور | ب | |
| | | | | | ل | | ز | در این واحد | ج | |
| | | | | | م | | ح | ۵ پرونده | د | |
| | | | | | | | | ط | | |

(۲-۱) کدگذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت‌ها و علت زمینه‌ای مرگ)، صورت می‌پذیرد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در کدگذاری پرونده‌ها، علاوه بر کدگذاری تشخیص‌نهایی، کدگذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت‌ها و علت زمینه‌ای مرگ)، صورت می‌پذیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات کدگذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی | ه | | ی | | در ۴-۵ پرونده کدگذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی انجام شده است | در ۲-۳ پرونده کدگذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی انجام شده است | در ۰-۱ پرونده کدگذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی انجام شده است |
| | ب | براساس مندرجات سنجه | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | ۵ پرونده | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

(۳-۱) ثبت و گزارش کلیه اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی در سیستم اطلاعات بیمارستانی انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند ثبت و گزارش دهی تمام اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی در فواصل تعیین شده توسط این واحد انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|--|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | گزارشات مذکور | ه | | ی | | گزارش موجود است و در فواصل زمانی تعیین شده ارائه شده است | گزارش موجود است اما در فواصل زمانی تعیین شده ارائه نشده است | گزارشی موجود نیست یا قابلیت گرفتن گزارش وجود ندارد |
| | ب | براساس تشخیص‌نهایی یا اقدام درمانی در فواصل تعیین شده | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

(۴-۱) برای انجام تحقیقات، از اطلاعات کد گذاری شده استفاده می‌شود.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند از اطلاعات کدگذاری شده برای انجام تحقیقات استفاده می‌شود.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|---|---|---|--|--------|----|---------|----|---|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| در بیمارستان‌هایی که تحقیقات در آن‌ها انجام نمی‌شود | مستندات تحقیقات یا پروپوزال‌های ارائه شده براساس سیستم کدگذاری و مستندات اطلاعات استفاده شده در تحقیقات وجود دارد | مستندات تحقیقات یا پروپوزال‌های ارائه شده براساس سیستم کدگذاری یا مستندات اطلاعات استفاده شده در تحقیقات وجود ندارد | مستندات تحقیقات یا پروپوزال‌های ارائه شده براساس سیستم کدگذاری و مستندات اطلاعات استفاده شده در تحقیقات وجود ندارد | | ی | | ه | مستندات تحقیقات یا پروپوزال‌های ارائه شده براساس سیستم کدگذاری مستندات اطلاعات استفاده شده در تحقیقات | الف | |
| | | | | | ک | | و | | ب | |
| | | | | | ل | | ز | در این واحد | ج | |
| | | | | | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

(۵-۱۱) از منابع علمی و کتب مرتبط در واحد مدارک پزشکی استفاده می‌شود.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند منابع علمی و کتب مرتبط به‌صورت کاغذی / الکترونیک در دسترس این واحد است.

| امتیاز | | | | مصاحبه | کد | مشاهدات | کد | مستندات | کد | شماره سنجه |
|--------|---|---|---|---|----|---------|----|--------------------------------------|-----|------------|
| غ.ق.۱ | ۲ | ۱ | ۰ | | | | | | | |
| | از منابع علمی و کتب مرتبط و به روز مدارک پزشکی در این واحد استفاده می‌شود و در کتابخانه بیمارستان موجود است و ۴-۵ نفر بگویند که منابع به روز در دسترس آن‌ها می‌باشد | از منابع علمی و کتب مرتبط و به روز مدارک پزشکی در این واحد استفاده می‌شود و در کتابخانه بیمارستان موجود است اما ۲-۳ نفر بگویند که منابع به روز در دسترس آن‌ها می‌باشد | از منابع علمی و کتب مرتبط و به روز مدارک پزشکی در این واحد استفاده نمی‌شود یا در کتابخانه بیمارستان موجود نیست یا ۰-۱ نفر بگویند که منابع به روز در دسترس آن‌ها می‌باشد | از کارکنان این واحد | ی | | ه | منابع علمی و کتب مرتبط مدارک پزشکی | الف | |
| | | | | آیا منابع علمی و کتب مرتبط و به روز مدارک پزشکی در دسترس شما است؟ | ک | | و | به صورت کاغذی / الکترونیک | ب | |
| | | | | در این واحد | ل | | ز | در این واحد یا در کتابخانه بیمارستان | ج | |
| | | | | ۵ نفر | م | | ح | | د | |
| | | | | | | | ط | | | |

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization.2008.
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluation. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition; 2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards ; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé ; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS) ;2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva;2003.
12. Anne L. Rooney; Paul R. Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.