

واگذاری اطلاعات و پرونده های پزشکی



رازداری

اعتماد بین بیمار و پزشک حتی بر روی روند درمان نیز تاثیر می گذارد. از این رو در قانون برای افشای اسرار بیمار و نوع بیماری مجازات تعیین شده است.



رازداری یک حسن اخلاقی است که در مقابل برملا کردن اسرار دیگران قرار دارد. فاش کردن راز دیگران می تواند به هر طریقی صورت بگیرد که در هر حال امری قبیح و ناپسند است. حساسیت این عمل در برخی از مشاغل به مراتب بیش از سایر امور است و احترام به آن از مناسک شغلی است تا حدی که قانون برای عدم رعایت آن تنبیه در نظر گرفته است. در علم پزشکی اعتماد بیمار به پزشک یکی از موضوعات مهم است.

اهمیت رازداری از نظر اخلاق پزشکی :

هنگامی که بیمار به پزشک مراجعه می کند معمولاً حال نابسامانی داشته و از بیماری های جسمی یا روحی رنج می برد. لذا بر طبق ذات و بالطبع انسان بیمار به پزشک پناه برده و وی را مامن و محل امن خویش میداند که در ازای پرداخت وجه و دستمزد و حق الطبا به پزشک، جان خویش را نیز به وی می سپارد. در راستای تشخیص بسیاری از بیماری ها و در روند انجام بسیاری از معاینه ها، پزشک به بیمار بسیار نزدیک شده و از خصوصی ترین مسائل بیمار مطلع می شود.



موارد مجاز افشای اسرار بیماران

خوب است بدانید علی رغم تاکید بسیار و مسئولیتهای کیفی انتظامی و مدنی که برای پزشکان در صورت افشای اسرار بیماران، در برخی از موارد افشای سر یک مریض نه تنها مجاز و مشروع میباشد بلکه پزشک به افشای آن مکلف نیز می باشد:

- ❖ دستور مقام قضایی مبنی بر ارسال اطلاعات و سابقه پرونده پزشکی بیمار
- ❖ ماده ۱۳ قانون جلوگیری از بیماری های آمیزشی و واگیردار: نظر به آثار زیانبار و جبران ناپذیر برخی از این بیماری ها برای افراد جامعه ، حداقل می بایست بیماری به اطلاع افراد خانواده بیمار برسد.
- ❖ رضایت بیمار بر مبنای اطلاع رسانی: اقدام نوع دوستانه در جهت بازگو کردن نوع و اسرار بیماری برای افزایش اطلاع سایر افراد جامعه و در واقع کمک به بقیه، موجب منتفی شدن عنوان مجرمانه افشای اسرار بیماران برای پزشک می شود.

استثنائات اصل محرمانگی و حفظ اسرار حرفه‌ای

۱. رضایت بیمار: به معنای تمایل و موافقت صاحب راز (بیمار) است به شرطی که واجد شرایط مقرر قانونی از جمله اهلیت باشد.



استثنائات اصل محرمانگی و حفظ اسرار حرفه‌ای

۲. دفاع مشروع: ماده ۱۵۶ قانون مجازات اسلامی در این خصوص بیان می‌کند: هرگاه فردی در مقام دفاع از نفس، عرض، ناموس، مال یا آزادی تن خود یا دیگری در برابر هرگونه تجاوز یا خطر فعلی یا قریب الوقوع با رعایت مراحل دفاع مرتکب رفتاری شود که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، در صورت اجتماع شرایط زیر مجازات نمی‌شود:

الف- رفتار ارتكابی برای دفع تجاوز یا خطر ضرورت داشته باشد.

ب- دفاع مستند به موارد معقول و یا خوف عقلایی باشد.

پ- خطر و تجاوز به سبب اقدام آگاهانه یا تجاوز خود فرد و دفاع دیگری صورت نگرفته باشد.

ت- توسل به قوای دولتی بدون فوت وقت عملاً ممکن نباشد یا مداخله آنان در دفع تجاوز و خطر موثر واقع نشود.

به عنوان نمونه، بیماری که دارای اختلال روانی است و به درمانگر می‌گوید که قصد قتل شخصی را دارد، درمانگر می‌تواند به پلیس آگاهی این امر را اطلاع داده و خطر و تجاوز احتمالی را دفع کند و در صورتی که زمان کافی برای این مهم وجود نداشته باشد خود درمانگر می‌تواند راساً اقدام کرده و فرد در معرض تهدید را مطلع سازد. بنابراین رجوع به اصل دفاع یک حق اساسی است و نمی‌شود آن را از کسی سلب کرد و درمانگر فقط در این مورد خاص مجاز به افشای اسرار بیمار به صورت موردی است و در مسائل شخصی و مواردی که مربوط به دفاع نیست افشای اسرار پذیرفته نمی‌شود.

استثنائات اصل محرمانگی و حفظ اسرار حرفه‌ای

۳. بیماری‌های واگیردار: ماده ۱۳ قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مصوب ۱۳۲۰ مقرر می‌دارد: پزشکان آزاد و همه بنگاه‌های بهداشتی که معاینه و درمان بیماری‌های آمیزشی انجام می‌دهند، موظفند در آخر هر ماه تعداد بیماری‌های آمیزشی را که دیده‌اند و قبلاً به پزشک دیگری مراجعه نکرده‌اند، بدون ذکر نام و مشخصات بیمار به بهداشتی بفرستند.

۴. ولادت و وفات: با هدف حفظ حقوق اجتماعی و برقراری نظم و امنیت در جامعه و به موجب مواد ۱۹ و ۲۴ قانون ثبت احوال مصوب ۱۳۵۵ صدور گواهی ولادت و فوت نیز از موارد مجاز افشای اسرار پزشکی است.

حفظ اسرار بیماران در پژوهش های پزشکی :

بیانیه هلسینکی

بیانیه هلسینکی یکی از مهم ترین اسناد بین المللی **اخلاق در پژوهش** بر روی نمونه های انسانی است که تاکنون ۷ بار و آخرین بار در سال ۲۰۱۳ مورد بازنگری قرار گرفته است. ویرایش سال ۲۰۱۳ شامل چندین تغییر مهم است و در بخش هایی روشن تر و دقیق تری سازمان یافته است. آگاهی پژوهشگران و سایر افراد مرتبط با پژوهش از آخرین تغییرات این اصول و دسترسی آسان به ترجمه صحیحی از آن در رعایت آخرین استانداردهای اخلاقی حائز اهمیت است. از تغییرات ویرایش ۲۰۱۳ می توان به تاکید بیش تر بر حمایت از افراد آسیب پذیر اشاره کرد. هم چنین، در این ویرایش یک بند مستقل در رابطه با جبران آسیب و درمان صدمات ناشی از پژوهش اضافه شده است. کسب **رضایت آگاهانه** حتی در مورد استفاده از نمونه های موجود در زیست بانک و تمهیدات لازم پس از کارآزمایی از دیگر مواردی است که در نسخه جدید بر آن تاکید شده است.



مصادیق اسرار بیمار

• مصادیق اسرار بیمار که فاش کردن آن دارای مجازات است را می توان در موارد زیر دانست که البته حصری نیستند و می توانند در موارد مختلف متفاوت باشند:

❖ نام بیمار

❖ سن بیمار

❖ شرح بیماری

❖ شرح درمان

❖ نام پزشک معالج

مجازات افشا کردن اسرار بیمار

- در قانون مجازات اسلامی مجازات **جرم** آشکار کردن راز بیمار مشخص شده است:
- طبق ماده ۶۴۸ این قانون: " اطباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هر گاه در غیر از موارد قانونی ، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند. "
- علاوه بر مجازاتی که قانون مجازات اسلامی برای افشا کنندگان اسرار بیمار در نظر گرفته است ، این عمل یک **تخلف انتظامی** هم محسوب می‌شود که سازمان نظام پزشکی کشور به آن رسیدگی می‌کند . این تنبیهات از قرار زیر است:

الف) تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیات مدیره نظام پزشکی محل

ب) اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل

ج) در صورت تکرار توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل یا محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف

سؤال: پرونده بیمار متعلق به چه کسی است؟



- آیا متعلق به بیمار است؟
- آیا متعلق به پزشک است؟
- آیا متعلق به بیمارستان است؟

باید توجه داشت که پرونده بیمار از لحاظ فیزیکی و بایگانی کردن در اختیار و مایملک و دارایی بیمارستان است ولی از نظر محتوا و ماهیت متعلق به بیمار خواهد بود.

پس افشای اسرار و دسترسی به پرونده بیمار مجاز نیست مگر در مواردی که قانون پیش بینی کرده است، مثلاً در جهت انجام تحقیقات پزشکی یا ادامه دادن روند پیگیری درمان بیمار

نگهداری و حفاظت از پرونده پزشکی بیمار

نگهداری و حفاظت از پرونده پزشکی بیمار (کاغذی یا الکترونیک) از تعهدات بیمارستان محسوب می شود. در حالی که اطلاعات پرونده متعلق به شخص بیمار و در واقع جزء حریم شخصی وی محسوب شده و بهره برداری از آنها (به جز در مواردی که به منظور درمان خود بیمار، پیگیری های قانونی و قضایی، ارزیابی های مربوط به حوزه سلامت، یا در ارتباط با برنامه های مرتبط با سلامت همگانی یا در موارد تهدید جدی برای سلامت عمومی)

منوط به اجازه کتبی بیمار می باشد.

واگذاری اطلاعات به بیمار

در صورت درخواست کتبی بیمار با سن بالای هجده سال، رایحه کپی یا تصویر کلیه فرمها و اطلاعات پزشکی بیمار، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی، به همراه اصل تمام کلیشه ها و گرافیکها؛ پس از کنترل و برابر اصل نمودن الزامی است.

در مورد بیماران زیر هجده سال، محجورین یا بیمارانی که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود هوشیاری ندارند (اغما، وضعیت های سایکوز، جنون و...، با درخواست ولی یا نماینده قانونی بیمار مجاز می باشد.

تبصره ۱: تحویل پرونده بیماران روان ، صرفا در پاسخ به پیگیری های قضایی یا قانونی مجاز است .

تبصره ۲: در صورت فوت بیمار، نماینده قانونی و وراثت به شرط داشتن گواهی انحصار وراثت مشمول این بند خواهند بود.

واگذاری اطلاعات به بیمار

تحويل یک نسخه خوانا از فرم خلاصه پرونده در زمان ترخیص به کلیه بیماران حتی بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می کنند الزامی می باشد. در مورد بیماران کودک، روانی یا محجور تحويل خلاصه پرونده به ولی یا نماینده قانونی بیمار بلامانع می باشد.

□ تبصره: تحويل خلاصه پرونده به همراهان بیمار مجاز نمی باشد.

الزامات اعزام بیمار

در زمان انتقال بین بیمارستانی بیمار جهت ادامه درمان ، نسخه اصل یا اول فرم اعزام واجد مهر و امضای اصل پزشک معالج به همراه تصویر اوراق مهم پرونده باید همراه بیمار منتقل گردد.

اصل پرونده بیمار به همراه نسخه دوم فرم اعزام (اصل الکترونیک یا کاربن) به صورت خوانا و

ممهور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد .



در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار شده (سقوط بیمار از تخت - قطع عضو نا به جا - عدم شناسایی بیمار - استفاده نابجا از گازهای طبی - تزریق خون اشتباه و ...) و مرگهای مشکوک حین بستری بیمار؛ بلافاصله باید با قید تاریخ و ساعت دقیق واقعه، تصویر تمام اوراق پرونده تهیه و با ذکر تاریخ و ساعت دقیق کپی برداری بر روی نسخه کپی، برابر اصل شده و یا در حالت ایده آل بلافاصله پرونده اسکن و فایل کپی یا اسکن تا زمان بررسی حادثه در محل امن جهت هر گونه داوری یا بررسی بعدی به عنوان نسخه ایمن پرونده نگهداری شود . ضبط و نگهداری نسخه ایمن

پرونده با مسئولیت رییس بیمارستان است.



لازم است تمهیدات لازم به منظور صیانت از پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) در برابر دسترسی / استفاده / واگذاری به افراد غیرمجاز لحاظ شود . به منظور انتقال پرونده بیمار بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده شود. خروج پرونده های بیماران از بخشها توسط همراهان بیمار ممنوع است.



لازم است برای هرگونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده، فرم درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده، ضمیمه پرونده گردد. ارایه اطلاعات منوط به بررسی درخواست و تایید نهایی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت (با تفویض اختیار از طرف رییس بیمارستان) می باشد .

لازم است بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان پیگیریهای لازم جهت بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی را به صورت روزانه یا حداکثر هفتگی انجام دهد . بدیهی است خروج نسخه کاغذی پرونده از بایگانی صرفا جهت درخواست های داخلی تصریح شده در دستورالعمل سطح دسترسی مجاز می باشد .

ارایه هرگونه اطلاعات و ارسال تصاویر اسناد با مهر "برابر اصل" با درخواست کتبی سازمان های ذیصلاح (سازمان های بیمه گر، نظام وظیفه ، پزشکی قانونی و...) امکانپذیر می باشد.

ارایه پرونده به بستگان و همراهان بیمار به جز سرپرستان قانونی وی

جهت ملاحظه و یا تهیه تصویر و رونوشت ممنوع می باشد.

□ تبصره: در مواردی که بیمار فرم اجازه ارایه کپی مدارک بالینی را تکمیل نموده باشد، افراد معرفی شده از طرف بیمار (با ارائه کارت شناسایی معتبر) می توانند با مراجعه به بیمارستان با ارایه اصل صورتحساب و تکمیل فرم درخواست، کپی مدارک بالینی بیمار را دریافت نمایند.

رضایت بیمار در خصوص اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی، فقط در خصوص اطلاعات بالینی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار بوده و افشای هویت بیمار (از طریق شناسه های هویتی) در هیچ یک از مراحل پژوهش مجاز نمی باشد.

لازم است بیمارستان، تمهیدات لازم را در خصوص رعایت حق بیمار از لحاظ حفظ حریم شخصی و عدم افشای اطلاعات هویتی وی در خلال تحقیقات لحاظ نماید. هم چنین لازم است قبل از واگذاری اطلاعات، تمهیدات پژوهشگر در این خصوص بررسی و تاییدیه کمیته اخلاق در این رابطه اخذ شده باشد. در این رابطه، امضای تعهد نامه حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر مسئول الزامی می باشد.



بهر روز
کلیدی

تاریخ: ۱۳۹۸/۱۰/۲۱

شماره: ۱۲/۷/۱۰۱۵۹

پوست: ندارد



دستورالعمل سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی

موضوع
کمیته ملی سلامت
کتابخانه



کتابخانه ملی سلامت

باسلام واحترام

با توجه به مکاتبه شماره ۴۰۰/۲۵۶۰۹/د مورخ ۹۸/۱۰/۱۵ معاون محترم درمان وزارت متبوع، در خصوص دستورالعمل سطوح دسترسی به پرونده بستری و درمانگاهی بیمار(کاغذی و الکترونیکی) ارسال می گردد. مقتضی است به دلیل اهمیت حفاظت از محرمانگی اطلاعات پزشکی و رعایت حقوق بیمار و جلوگیری از دسترسی غیر مجاز به اطلاعات بیمار دستورالعمل مذکور به کلیه افراد مربوطه ابلاغ گردد. جهت مراکز غیر دانشگاهی که دسترسی به اتوماسیون اداری ندارند، فایل مربوطه بر روی سایت معاونت درمان - امور بیماری ها - اداره تعالی خدمات بالینی- واحد مدیریت اطلاعات سلامت- قسمت آیین نامه ها بارگذاری شده است.

دکتر بهروز کلیدری
معاون درمان

تعاریف تمامی واژه‌هایی که در سند حاضر به کار رفته یا مفاهیمی که به منظور درک دقیق‌تر محتوای سند مورد نیاز است، در این بخش ارائه شده است.

- **بیمارستان:** منظور از بیمارستان در این دستورالعمل، تمامی مراکز ارائه دهنده مراقبت بیمارستانی فارغ از نوع وابستگی (دولتی، خصوصی و خیریه) یا نوع فعالیت (آموزشی یا درمانی) می باشد که در این سند به اختصار "بیمارستان" نامیده شده اند.
- **بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان:** منظور بخش مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان می باشد که نقش نظارتی آن بر نحوه ارائه اطلاعات و دسترسی به پرونده بیماران در این سند مورد تاکید است.
- **سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS):** عبارتست از سامانه جامع اطلاعات بیمارستانی به منظور مدیریت اطلاعات پرونده الکترونیکی بیمار و سایر اطلاعات پایه ای منابع داده ای و مدیریتی بیمارستان. در واقع سامانه اطلاعات بیمارستانی در برگیرنده مجموعه ای از داده ها و اطلاعات، فرایندهای کاری، افراد و فناوری های اطلاعاتی است که در تعامل با یکدیگر و به منظور پشتیبانی از بیمارستان در ابعاد مختلف بالینی، مالی، حقوقی، آموزش، پژوهش و بهبود کیفیت، داده هایی را اخذ، پردازش و ذخیره سازی کرده و خروجی های اطلاعاتی مورد نیاز را ارائه می کنند.
- **پرونده کاغذی:** پرونده پزشکی شامل تمامی مستندات مربوط به خدمات ارائه شده به بیمار از بدو پذیرش تا ترخیص از مرکز ارائه دهنده مراقبت (بیمارستان) می باشد. پرونده پزشکی کاغذی در قالب مجموعه ای از فرم های کاغذی زنجیره خدمات ارائه شده به بیمار در فاصله پذیرش تا ترخیص بیمار را مستند نموده و دربرگیرنده اطلاعات دموگرافیک بیمار، اطلاعات شناسایی ارائه دهندگان مراقبت، اطلاعات بالینی، اداری و مالی مرتبط با بیمار هم چنین انواع اجازه نامه ها و رضایت آگاهانه بیمار جهت اقدامات درمانی و اعمال جراحی می باشد. اطلاعات بالینی پرونده حداقل مشتمل بر شرح حال بیمار و معاینات فیزیکی، تشخیص، طرح درمان، یادداشتهای سیر بیماری، نتایج تستهای تشخیصی و اقدامات درمانی و وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه های حین ترخیص بیمار می باشد.
- **پرونده الکترونیک:** عبارتست از پرونده پزشکی بیمار که در قالب مجموعه ای از رکوردهای داده ای الکترونیک توسط متخصصین بالینی و سایر مستندسازان مجاز در سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) ایجاد و مدیریت شده و در پایگاه داده آن مرکز به نحوی قابل بازیابی و امن ذخیره سازی می شوند. عملکردهای اصلی پرونده الکترونیک عبارتند از: ۱) ثبت تمامی داده های مرتبط با پرونده پزشکی از جمله داده های دموگرافیک و داده های مرتبط با سلامت فرد از جمله شرح حال، تشخیص، فهرست دارویی، یادداشتهای بالینی و نتایج تستهای تشخیصی ۲) مدیریت نتایج تستهای تشخیصی ۳) ثبت و پشتیبانی دستورات پزشک و تجویزهای دارویی ۴) ارائه توصیه ها و پشتیبانی از تصمیم در قالب یادآورها، هشدارها و کمک به تشخیص از طریق ارائه یافته های اخیر یا گایدلاین های مبتنی بر شواهد.

سطوح دسترسی: در راستای حفظ امنیت اطلاعات بیمار^۱، سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده تعیین و کنترل می‌گردد. تعیین سطح دسترسی به پرونده به معنای سازوکار مجاز نمودن کاربران جهت دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می‌باشد. پس از تایید حساب کاربری^۲ اجازه دسترسی بر حسب سطوح تعریف شده برای کاربران مختلف صادر می‌شود^۳. در واقع در فرایند تعیین سطوح دسترسی، این که کدام کاربر مجاز به چه اطلاعاتی از پرونده بیمار دسترسی داشته باشد مشخص می‌گردد. رویکردهای مختلفی به منظور تعیین سطح دسترسی موجود می‌باشد. در سند حاضر، از میان رویکردهای مذکور، رویکرد کنترل دسترسی مبتنی بر نقش (RBAC)^۴ به دلیل انعطاف آن مورد استفاده بوده است. در این رویکرد کاربران مختلف بر حسب نقش های خود گروه بندی شده و برای هر نقش میزان دسترسی به انواع اطلاعات بیمار تعیین می‌گردد.

نقش ها: منظور از نقش ها در سند حاضر، گروه های مختلف کاربران مجاز به دسترسی به پرونده بیمار می باشد. این گروه بندی معمولاً بر اساس نوع وظایف صورت گرفته و تعیین کننده میزان و نوع دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشد. نقش های تعریف شده در سند دسترسی به پرونده بیمار عبارتند از: پزشک معالج، پزشک مشاور، پزشک مقیم یا آنکال بیمارستان، پرستار/ ماما، سرپرستار، سوپروایزر بالینی/ آموزشی/ کنترل عفونت، متخصصان پاراکلینیک، کارشناسان واحدهای پاراکلینیک، منشی های واحدهای پاراکلینیک، متخصص/ کارشناس ارشد / کارشناس تغذیه، رئیس بیمارستان / مدیر عامل، مسئول فنی بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، فراگیران در سطح دستیار/ فلوشیپ/ اینترنی، دانشجویان پیراپزشکی و پرستاری/ مامایی، منشی بخش های بالینی، دبیران کمیته های بیمارستانی، وکیل حقوقی بیمارستان، کارشناس ترخیص، کارشناس درآمد، مقوم بیمه، کارشناس صندوق، مدیر و کارشناسان امور مالی، مددکار، داروساز بالینی/ داروساز، کارشناس داروخانه، مسئول درمانگاه، مسئول بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان، کارشناس پذیرش، کارشناس مدارک پزشکی، کارشناس کدگذاری، کارشناس فناوری اطلاعات، بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه، بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر، دادگستری/ پزشکی قانونی/ کمیسیون پزشکی، سازمانهای بیمه گر، بیمار/قیم/نماینده قانونی، پژوهشگر، ثبت احوال، نیروی انتظامی، فرمانداری.

۱. امنیت اطلاعات به رعایت سه مقوله محرمانگی اطلاعات، سلامت اطلاعات و در دسترس بودن اطلاعات اشاره دارد. به منظور حفظ امنیت اطلاعات بیمار لازم است تدابیری اتخاذ شود تا اطلاعات بیمار فقط در اختیار کاربران و درخواست کنندگان مجاز قرار گیرد (محرمانگی اطلاعات)، از اعمال تغییر غیرمجاز یا آسیب به اطلاعات ممانعت شده (سلامت اطلاعات) و اطلاعات مورد نیاز در هنگام نیاز در دسترس کاربران و درخواست کنندگان مجاز باشد (در دسترس بودن اطلاعات). تدابیر امنیت اطلاعات در قالب تدابیر مدیریتی، فنی و فیزیکی قابل اتخاذ می باشند.

۲. هر یک از کاربران پرونده الکترونیک دارای نام کاربری مشخص جهت شناساندن خود به سامانه (Identification) و کار با پرونده الکترونیک می باشند. نام کاربری می تواند نام حقیقی یا کد ملی یا عبارت انتخابی کاربر باشد. رمز ورود جهت تایید هویت کاربر (Authentication) به کار می رود. به این معنی که سامانه تایید می کند کاربر مورد نظر همان کاربری است که خود را به سامانه معرفی کرده است.

۳. علاوه بر تایید هویت کاربر در سامانه پرونده الکترونیک، لازم است میزان دسترسی کاربر مجاز به انواع اطلاعات پرونده تعیین شود (Authorization). در سند کنترل دسترسی، محدوده مجاز دسترسی به اطلاعات برای نقش های مختلف داخل و خارج از بیمارستان مشخص شده است.

انواع دسترسی: انواع دسترسی به پرونده بیمار شامل دسترسی فقط خواندنی، درج اطلاعات در پرونده، لغو اطلاعات و ویرایش اطلاعات پرونده می باشد.

الف. دسترسی فقط خواندنی: عبارت است از دسترسی در حد مشاهده اطلاعات اعم از اطلاعات جداول پایه ای سیستم یا پرونده الکترونیکی بیمار بدون امکان درج، ویرایش و لغو اطلاعات با نام کاربری و کلمه عبور منحصر به فرد در HIS.

ب. درج اطلاعات: به طور کلی سه نوع درج در سامانه اطلاعات بیمارستان/ پرونده الکترونیک بیمار مطرح می باشد:

1. درج اطلاعات پرونده الکترونیک: عبارت است از ورود یا تایید اطلاعات مرتبط با پرونده الکترونیک بیمار توسط افراد مجاز به ثبت اطلاعات با نام کاربری و کلمه عبور منحصر به فرد در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS).
 2. ایجاد جدول/اطلاعات پایه ای سیستم: ایجاد جدول/اطلاعات پایه شامل تعریف پارامترها، جداول پایه و تنظیمها مربوط به عملکرد HIS (ایجاد جداول پایه ای پایگاه داده سیستم نظیر پزشکان و کارکنان، بخش، تخت، خدمات مرتبط با پرونده و ...؛ تعاریف شیوه محاسبه عملیات های مرتبط با پرونده و ..) می باشد. این دسترسی تنها در اختیار کارشناس مقیم/ غیرمقیم شرکت ارایه دهنده و پشتیبان HIS می باشد.
 3. تعریف محتوی جداول / اطلاعات پایه ای سیستم: درج محتوا و مقادیر مجاز برای یک جدول پایه ای در زیر سیستم های HIS توسط مسئولین هر واحد امری اجتناب ناپذیر است، از این موارد می توان به تعریف مقادیر مجاز برای یک خدمت، دوز مصرفی دارو یا واحد کالا، نرمال رنج آزمایش، تعریف قرارداد کاری پزشکان و کارکنان یا محتوای گزارشات آماده و ... اشاره نمود. این سطح دسترسی بر اساس نیاز و حجم بالای تغییرات باید در اختیار مسئولین هر واحد قرار گرفته که شامل ایجاد جداول پایه ای در HIS نمی باشد. (ورود محتوی انواع کدهای استاندارد و ابلاغی وزارت بهداشت می تواند با همکاری شرکت پشتیبان به صورت اتوماتیک به بانک اطلاعاتی بیمارستان صورت پذیرد).
- تبصره: در مواردی که مسئول واحدهای کلینیکی، پاراکلینیکی، مالی و ... از نظر فنی توانایی مدیریت محتوی اطلاعات جداول پایه ای زیر سیستم واحد خود را دارا نباشد، این امر با نظر ریاست بیمارستان به شرکت پشتیبان یا ناظر اجرایی HIS سپرده می شود.

ج. لغو اطلاعات: سه نوع لغو اطلاعات در ارتباط با اطلاعات پرونده بیمار مطرح می باشد:

1. لغو اطلاعات پرونده الکترونیک: توقف دستور یا اقدام/ گزارش درج شده در پرونده الکترونیک بیمار که پیش تر توسط مستند ساز مجاز (User) در HIS درج و ذخیره گردیده است. این عمل باید به همراه ذکر علت لغو و در صورت لزوم ایجاد دستور یا اقدام/ گزارش جدید می باشد.

تبصره ۱: پس از اینکه مستند ساز مجاز دستور یا اقدام / گزارش پیشین خود را عمل لغو نمود، HIS می بایست به صورت هوشمند علاوه بر متمایز نمودن آن بصورت رنگ یا ظاهر گرافیکی متفاوت، نسبت به رد گیری اطلاعات لغو شده و نگهداری نام کاربر لغو کننده و عدم اثر بخشی عملیات لغو شده در زیر سیستم ها و محاسبات اقدام نماید. (رویدادنگاری - های لازم جهت ثبت اطلاعات لغو شده با ذکر مستندساز، زمان و تاریخ و عملیات صورت پذیرفته انجام گیرد. در صورت نیاز اسناد و فرم های اصلاحیه لازم در برنامه HIS صادر گردد).

تبصره ۲: هیچگونه سطح دسترسی تحت عنوان حذف و پاک کردن اطلاعات بعد از درج در پرونده الکترونیک بیمار یا ایجاد جداول پایه HIS یا درج محتوای جداول پایه HIS قانونی نمی باشد.

تبصره ۳: در صورت نیاز به لغو تنظیمات منقضی شده در جداول یا محتوی آنها باشد، تنها با تایید ناظر فنی و اجرایی HIS و توسط شرکت پشتیبان صورت می پذیرد.

۲. لغو جداول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از عدم نمایش یا غیرفعال نمودن جداول / اطلاعات پایه ای که پیش تر توسط کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS درج و ذخیره گردیده است.

۳. لغو محتوای جداول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از عدم نمایش یا غیرفعال نمودن محتوی جداول پایه ای سیستم که پیش تر توسط مسوولین هر واحد در HIS درج و ذخیره گردیده است. این دسترسی شامل لغو جداول پایه ای در HIS نمی شود.

۵. ویرایش اطلاعات^۱: سه نوع ویرایش اطلاعات در ارتباط با اطلاعات پرونده مطرح می باشد:

۱. ویرایش اطلاعات پرونده الکترونیک بیمار: عبارت است تغییر اطلاعات پرونده الکترونیک بیمار که پیش تر توسط مستند ساز مجاز در HIS ذخیره گردیده است.

۲. ویرایش جدول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از تغییر جداول پایه ای HIS که پیش تر ذخیره گردیده است. این فرآیند می بایست همراه با سازوکاری قانونی، ذکر دلیل و تنها توسط کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS با نظارت ناظر اجرایی HIS امکان پذیر باشد.

۳. ویرایش محتوای جداول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از تغییر محتوای جداول پایه ای HIS که پیش تر ذخیره گردیده است. این فرآیند می بایست همراه با سازوکاری قانونی توسط مسئول واحد مربوطه، ناظر اجرایی HIS یا کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS امکانپذیر می باشد.

نکته: لازم است تاریخچه^۲ تمامی فعالیت های کاربران شامل درج، ویرایش، لغو و مشاهده خروجی ها و پرینت همراه با نام کاربری به طور خودکار در سیستم ثبت و طبق ضوابط نگهداری گردد. لاگ تغییرات هر پرونده به خود پرونده الکترونیکی الصاق شده و زمان نگهداری آن بر اساس زمان قانونی نگهداری پرونده می باشد.

1 Edit

2 Log

- **زمان دسترسی:** منظور از زمان دسترسی، حداکثر زمان دسترسی کاربران مجاز به محتوای پرونده بیمار می باشد.
- **جدول و اطلاعات پایه سامانه:** عبارت است از پارامترها، جداول پایه و تنظیمهای مربوط به عملکرد HIS که بر اساس تعاریف مشخص بر روی عملکرد HIS و پرونده الکترونیکی اثر گذار می باشند (جداول پایه ای پایگاه داده سیستم نظیر پزشکان و کارکنان، بخش، تخت، خدمات مرتبط با پرونده (کاربران، نقش ها و سطوح دسترسی کلیه سیستم های کدگذاری و ترمینولوژی های استاندارد نظیر انواع تشخیص، کدهای ICD¹، اقدامات، CPT²، کدینگ دارو، کدهای IRC، ژنریک، ارزش نسبی خدمات RVU، سیستم های استاندارد تعریف شده در سامانه مکسا وزارت بهداشت) و ...؛ تعاریف شیوه محاسبه عملیات های مرتبط با پرونده و ...).
- **محتوی جداول/اطلاعات پایه ای سیستم:** عبارت است از محتوا و مقادیر مجازی که یک جدول پایه ای نظیر (نام پزشک یا کارکنان، شکل خدمت، دوز مصرفی دارو یا واحد کالا، نرمال رنج آزمایش یا محتوای گزارشات آماده، ...) می تواند دارا باشد. محدوده مقادیر سیستم های استاندارد و کدگذاری های تعریف شده در سامانه مکسا وزارت بهداشت.
- **ناظر فنی ستادی HIS:** منظور از ناظر فنی ستادی HIS در سند سطح دسترسی به اطلاعات پایه ای سامانه، پرسنل رسمی یا قراردادی شاغل در دفتر آمار و فناوری اطلاعات ستاد سازمان/ دانشگاه با حداقل مدرک کارشناسی ارشد مهندسی کامپیوتر یا فناوری اطلاعات سلامت یا انفورماتیک پزشکی با حداقل ۵ سال سابقه کاری در دفتر آمار و فناوری اطلاعات ستاد دانشگاه یا بیمارستان می باشد. وظیفه اصلی این جایگاه نظارت فنی بر قراردادهای پشتیبانی HIS، نظارت بر عملکرد ناظر اجرای HIS در خصوص تعامل با شرکت پشتیبان در جهت پیشبرد بهتر فرآیند پشتیبانی از HIS، دریافت درخواست های ارتقاء و پشتیبانی نرم افزار از جانب بیمارستان های تابعه و پس از کارشناسی و تحلیل فنی، انتقال به شرکت پشتیبان برای اعمال در قراردادهای جدید پشتیبانی می باشد.
- **ناظر اجرایی HIS:** منظور از ناظر اجرایی HIS در سند سطح دسترسی به اطلاعات پایه ای سامانه، پرسنل رسمی یا قراردادی بیمارستان با حداقل مدرک کارشناسی مهندسی کامپیوتر یا فناوری اطلاعات سلامت یا انفورماتیک پزشکی با حداقل ۳ سال سابقه کاری در واحد فناوری اطلاعات بیمارستان. وظیفه اصلی این ناظر پیاده سازی HIS، مدیریت سیستم HIS و کاربران آن و دریافت درخواست های ارتقاء و پشتیبانی نرم افزار از جانب واحد های تابعه بیمارستان و پس از کارشناسی و تحلیل فنی، انتقال به شرکت پشتیبان می باشد. نظارت بر عملکرد مناسب نیروهای ارائه دهنده خدمات شرکت نیز از وظایف اصلی ناظر اجرایی HIS بیمارستان می باشد.
- **کارشناس مقیم/غیرمقیم شرکت پشتیبان HIS:** منظور از کارشناس شرکت پشتیبان سامانه در سند سطح دسترسی به اطلاعات پایه ای سامانه، نیروی انسانی مستخدم شرکت طرف قرارداد پشتیبانی HIS با سازمان/ بیمارستان، برای انجام امور پشتیبانی نرم افزاری در بیمارستان می باشد.
- **مقوم بیمه:** منظور از مقوم بیمه در سند حاضر، کارشناسان ناظر سازمان های بیمه گر می باشد.

◀ فصل اول: ضوابط کلی و دستورالعمل ارایه اطلاعات پرونده بیمار

۱. نگهداری و حفاظت از پرونده پزشکی بیمار (کاغذی یا الکترونیک) از تعهدات بیمارستان محسوب می‌شود. در حالی که اطلاعات پرونده متعلق به شخص بیمار و در واقع جزء حریم شخصی وی محسوب شده و بهره برداری از آن‌ها به جز در مواردی که به منظور درمان خود بیمار یا پرداختهای مرتبط با مراقبت ارایه شده به وی، پیگیری‌های قانونی و قضایی، ارزیابی‌های مربوط به حوزه سلامت، یا در ارتباط با برنامه‌های مرتبط با سلامت همگانی یا در موارد تهدید جدی برای سلامت عمومی استفاده شوند منوط به اجازه کتبی بیمار می‌باشد.

۲. در تمام مراکز بیمارستانی فارغ از نوع کاربری (آموزشی یا غیرآموزشی) یا وابستگی آن‌ها (دانشگاهی، خصوصی، خیریه و وابسته به سایر نهادها) لازم است در هنگام پذیرش، اجازه گیرنده خدمت یا نماینده قانونی او در خصوص استفاده از اطلاعات پزشکی مستند شود (اجازه نامه پشت فرم پذیرش). لازم است قبل از اخذ اجازه کتبی، به صراحت برای بیمار یا نماینده قانونی وی توضیح داده شود که اخذ این اجازه تنها به منظور رعایت حق بیمار از لحاظ حفظ حریم شخصی وی بوده و عدم اجازه در این خصوص تاثیری بر ارایه خدمت به بیمار نخواهد داشت.

- تبصره: پذیرش در بیمارستان‌های آموزشی درمانی به منزله رضایت از بهره برداری و استفاده از اطلاعات نبوده و بیمارستان ملزم به رعایت بند فوق می‌باشد.

۳. ر صورت درخواست کتبی بیمار^۱ با سن بالای هجده سال، ارایه کپی یا تصویر کلیه فرم‌ها و اطلاعات پزشکی بیمار، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی، به همراه اصل تمام کلیشه‌ها و گرافی‌ها؛ پس از کنترل و برابر اصل نمودن الزامی است. در مورد بیماران زیر هجده سال، محجورین یا بیمارانی که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود هوشیاری ندارند (اغما، وضعیت های سایکوز، جنون و ...)، ارایه کپی / تصویر محتوای پرونده غیر روان بیمار، به درخواست ولی یا نماینده قانونی بیمار مجاز می‌باشد.

- تبصره ۱: تحویل پرونده بیماران روان، صرفاً در پاسخ به پیگیری‌های قضایی یا قانونی مجاز است.
- تبصره ۲: در صورت فوت بیمار، نماینده قانونی و وراثت به شرط داشتن گواهی انحصار وراثت مشمول این بند خواهند بود.

۴. تحویل یک نسخه خوانا از فرم خلاصه پرونده در زمان ترخیص به کلیه بیماران حتی بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می‌کنند الزامی می‌باشد. در مورد بیماران کودک، روانی یا محجور تحویل خلاصه پرونده به ولی یا نماینده قانونی بیمار بلامانع می‌باشد.

- تبصره: تحویل خلاصه پرونده به همراهان بیمار مجاز نمی‌باشد.

۵. ر زمان انتقال بین بیمارستانی بیمار جهت ادامه درمان، نسخه اصل یا اول فرم اعزام واجد مهر و امضای اصل پزشک معالج به همراه تصویر اوراق مهم پرونده باید همراه بیمار منتقل گردد. اصل پرونده بیمار به همراه نسخه دوم فرم اعزام (اصل یا کاربن) بصورت خوانا و ممهور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد.

۶. در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار شده (سقوط بیمار از تخت - قطع عضو نابجا - عدم شناسایی بیمار - استفاده نابجا از گازهای طبی - تزریق خون اشتباه و ...)، و مرگهای مشکوک حین بستری بیمار؛ بلافاصله باید با قید تاریخ و ساعت دقیق واقعه، تصویر تمام اوراق پرونده تهیه و با ذکر تاریخ و ساعت دقیق کپی برداری بر روی نسخه کپی، برابر اصل شده و تا زمان بررسی حادثه در محل امن جهت هر گونه داوری یا بررسی بعدی به عنوان نسخه ایمن پرونده نگهداری شود. ضبط و نگهداری نسخه ایمن پرونده با مسئولیت رییس بیمارستان است.
۷. لازم است تمام ثبیتات پرونده پزشکی بیمار به هنگام بوده و از ارسال مجدد اصل پرونده بیماران فوتی و اعزام شده؛ به بخش درمانی مربوطه تحت عناوینی از قبیل تکمیل گزارشات و ... اکیداً اجتناب گردد.
۸. لازم است تمهیدات لازم به منظور صیانت از پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) در برابر دسترسی / استفاده / واگذاری به افراد غیرمجاز لحاظ شود. به منظور انتقال پرونده بیمار بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده شود. خروج پرونده های بیماران از بخش ها توسط همراهان بیمار ممنوع است.
۹. لازم است برای هرگونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده، فرم درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده، ضمیمه پرونده گردد. رایحه اطلاعات منوط به بررسی درخواست و تایید نهایی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد.
۱۰. اطلاعات پرونده ممکن است در فرمت کاغذی یا الکترونیک در اختیار افراد یا سازمان های درخواست کننده مجاز قرار گیرد. اطلاعات الکترونیک در قالب لوح فشرده یا از طریق پورتال استعلام مرکز و در فرمتهای معین از جمله pdf, tiff, jpeg و DICOM و ... قابل رایحه می باشد.
- رایحه اطلاعات از طریق پورتال مرکز تا زمان ابلاغ کشوری الزامی نبوده و با رعایت استانداردهای امنیت اطلاعات به صورت اختیاری قابل اجرا می باشد .
۱۱. لازم است بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان پیگیری های لازم جهت بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی را به صورت روزانه یا حداکثر هفتگی انجام دهد. بدیهی است خروج نسخه کاغذی پرونده از بایگانی صرفاً جهت درخواستهای داخلی تصریح شده در دستورالعمل سطح دسترسی مجاز می باشد.
۱۲. رایحه هرگونه اطلاعات و ارسال تصاویر اسناد با مهر "برابر اصل" با درخواست کتبی سازمانهای ذیصلاح (سازمانهای بیمه گر، نظام وظیفه، پزشکی قانونی و...) امکانپذیر می باشد.
۱۳. رایحه پرونده به بستگان و همراهان بیمار به جز سرپرستان قانونی وی جهت ملاحظه و یا تهیه تصویر و رونوشت ممنوع می باشد.
- تبصره: در مواردی که بیمار فرم اجازه رایحه کپی مدارک بالینی را تکمیل نموده باشد، افراد معرفی شده از طرف بیمار می توانند با مراجعه به بیمارستان با رایحه اصل صورتحساب و تکمیل فرم درخواست، کپی مدارک بالینی بیمار را دریافت نمایند.
۱۴. رایحه اطلاعات هویتی بیماران در رویه های جمع آوری یا ثبت داده (براساس محتوای پرونده بیمار) ممنوع می باشد.
۱۵. پرونده بالینی از مهمترین منابع آموزش، تحقیقات بالینی و مطالعات اپیدمیولوژیک محسوب می شود. با این حال، رایحه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات و آموزش پزشکی، با اجازه کتبی و بلاشرط بیمار در زمان مقتضی (موضوع بند ۲) مجاز می باشد.

پزشک معالج

نقش	حیطه مستندسازی	عناصر اطلاعاتی مرتبط
پزشک معالج	شرح حال	تمام عناصر اطلاعاتی فرم شرح حال استاندارد
	سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی "پیشرفت معالجات"
	درخواست مشاوره	درخواست مشاوره با نوع مشاوره، تشخیص اولیه، گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره، تایید دستورات پزشک مشاور
	شرح عمل جراحی	تشخیص قبل و بعد از عمل، نوع عمل جراحی، برداشتن نمونه، شرح عمل و مشاهدات، دستورات بعد از عمل
	مراقبت بعد از جراحی	عناصر اطلاعاتی دستورات پزشک بعد از جراحی
	دستورات پزشک	عناصر اطلاعاتی "دستورات پزشک" - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت
	گزارش رادیولوژی	نوع رادیوگرافی درخواستی، تاریخچه، علائم بالینی و تشخیص
	سیر بیماری در بخش مراقبتهای ویژه	عناصر اطلاعاتی "APACHE II score" و "SOFA score"
	ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان	تایید اطلاعات ثبت شده در فرم های ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان استاندارد توسط کارشناسان کارشناس ارشد متخصص تغذیه
	ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تایید اطلاعات ثبت شده در فرم های ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی
	خلاصه پرونده	تمام عناصر اطلاعاتی فرم خلاصه پرونده استاندارد
	پذیرش و خلاصه ترخیص	تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی، علت جراحی، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، * در مراکز آموزشی تکمیل این عناصر اطلاعاتی ممکن است توسط ایستاد یا دستیار و یا تایید نهایی پزشک معالج صورت گیرد
گواهی فوت (بزرگسال و دوره پریناتال)	تمام عناصر اطلاعاتی گواهی فوت استاندارد	

مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها) - تایید دستورات تلفنی طرف مدت ۲۴ ساعت:	نسخه مشاوره	پزشک مشاور
--	-------------	------------

۳۰

عنصر اطلاعاتی "بشرطت معالجات"	حیر بیماری	سایر پزشکان مقیم یا آکال
عنصر اطلاعاتی "دستورات پزشک" - تایید دستورات تلفنی طرف مدت ۲۴ ساعت	دستورات پزشک	معارستان
تمام عناصر اطلاعاتی فرم بهداشتی	مراقبت بهداشتی	
مایعات داخل وزیدی، خون، پلاسما، گلوکز و مایعات الکترولیت، مایعات دفع شده، تعداد مایعات، مشاهدات و معالجات در زمان مراقبت، آنتیژن، از راه بسته، نفس مصنوعی، به وسیله ...	مراقبت بعد از جراحی	متخصصین بهداشتی

<p>تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای ابعادی</p> <p>• تکمیل فرم ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان ترجیحاً باید توسط متخصص زنان و زایمان (پزشک معالج) باشد. در صورت تکمیل فرم توسط ماما، تایید موارد و تصمیم گیری نهایی بر عهده پزشک می باشد.</p> <p>• در مراکز آموزشی درج اطلاعات این فرم ها توسط وزیدنت زنان هم مجاز می باشد.</p>	<p>شرح حال مادر باردار، فرم ثبت پیشرفت زایمان، فرم پارتوگراف، فرم زایمان، فرم مراقبت پس از زایمان، فرم تزریقات سولفات منیزیم، فرم ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان</p>	<p>عامل زایمان (ماما، متخصصین زنان و زایمان)</p>
<p>عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم استاندارد شرح حال نوزاد در بدو تولد</p>	<p>شرح حال نوزاد بدو تولد</p>	
<p>عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه دوم فرم استاندارد شرح حال نوزاد در بدو تولد شامل جدول آپگار، توضیحات و احیاء، درج اثر انگشت مادر و اثر پای راست و چپ نوزاد نیز به عهده مراقب نوزاد می باشد.</p>	<p>شرح حال نوزاد بدو تولد</p>	
<p>عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد توسط مامای مراقب نوزاد درج می شود.</p> <p>• درج اطلاعات صفحه اول این فرم توسط عامل زایمان نیز مجاز می باشد.</p> <p>• عنصر اطلاعاتی مهر و امضای "تحويل دهنده نوزاد" توسط مامای مراقب نوزاد در اتاق عمل یا اتاق زایمان و عنصر اطلاعاتی مهر و امضای "تحويل گیرنده نوزاد" توسط مامای بخش بست پارتنوم یا سرپرستار، مسئول شیفت بخش نوزادان درج می شود.</p>	<p>معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد</p>	<p>مامای مراقب نوزاد</p>
<p>عناصر اطلاعاتی بخش معاینه بدنی و بررسی های پزشک در صفحه دوم فرم معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد توسط متخصص نوزادان ثبت می شود.</p> <p>• در مراکز آموزشی، درج این عناصر اطلاعاتی توسط وزیدنت نوزادان هم مجاز می باشد.</p>	<p>معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد</p>	<p>متخصص نوزادان</p>

گزارش پرستار	ثبت مشاهدات پرستار *	
	* در بخشهای مراقبت ویژه: ثبت تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای استاندارد بخشهای مراقبت ویژه عمومی، اطفال و نوزادان به استثنای "APACHE II score" و "SOFA score"	
دستورات پزشک	تایید انجام دستورات پزشک، در فرم دستورات پزشک	پرستار بخش
کنترل علائم حیاتی	ثبت علائم حیاتی	
	ثبت دارو، خدمات پاراکلینیک و مشاوره های درخواستی پزشک	
جذب و دفع مایعات	ثبت عناصر اطلاعاتی مرتبط با جذب و دفع مایعات	
مراقبت قبل از جراحی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد مراقبت قبل از عمل جراحی	
مراقبت بعد از جراحی	تایید انجام دستورات پزشک بعد از جراحی با ذکر مشاهدات	
ارزیابی اولیه بیمار	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی اولیه بیمار	
آموزش بیمار	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد آموزش بیمار	
	تایید عناصر اطلاعاتی درج شده توسط پرستار و منشی بخش: تایید تطبیق چک دستورات پزشک با دستورات، تایید مستندات مرتبط با آموزش بیمار، چک اصلاح تلفیق دارویی در دستورات پزشک، تایید مستندات مرتبط با تحویل گزارشات پاراکلینیک به بیمار	سرپرستار
مراقبت قبل از جراحی	تمام عناصر اطلاعاتی مرتبط با مراقبت قبل از عمل جراحی که توسط پرستار بخش درج شده توسط پرستار اتاق عمل تایید می شود. توضیحات پرستار اتاق عمل در فیلد اطلاعاتی نظریه (note) درج می شود.	پرستار تکنسین اتاق عمل
گزارش عمل جراحی	نام جراحی، کمک اول، کمک دوم، بیهوشی دهنده، نوع بیهوشی، نام پرستار اتاق عمل و پرستار کمک، زمانهای شروع و خاتمه عمل، نوع عمل، تطبیق شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل، تایید ارسال نمونه برای آزمایشگاه	
مراقبت بعد از جراحی	ساعت ورود و خروج از ریکاوری، وضعیت عمومی، بیداری، فشار خون، تنفس، تنفس، سیانوز موضعی و عمومی، رنگ پوست و حرارت پوست زمان ورود و خروج از ریکاوری	پرستار ریکاوری

نیت ویزیت و درخواست دارو و خدمت در HIS	---	متشخص بخش بالینی
انتقال بیمار شامل تاریخ انتقال، به بخش ... از بیمارستان ... به بیمارستان ... مشاوره داشته، تعداد مشاوره و مدت اقامت بیمار	گزارش و صلاحیه ترخیص	متشخص بخشهای پاراکلینیک
نیت خدمت پاراکلینیک انجام شده	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	

گزارش خدمات پاراکلینیک	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	کارشناس پاراکلینیک واحدهای
نیت گزارش خدمت، نظریه و تایید گزارش خدمات پاراکلینیک	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	متخصصین پاراکلینیک واحدهای

گزارش الکتروکاردیوگرام	گزارش الکتروکاردیوگرام	کار دیولوژیست
تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تغذیه ای بزرگسالان و کودکان	ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان	متخصص کارشناس ارشد تغذیه
تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای استاندارد تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	داروساز بالینی
تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تخصصی مداخلات اجتماعی	ارزیابی تخصصی مداخلات اجتماعی	مددکار
تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد مدیریت مورد مداخلات اجتماعی	مدیریت مورد مداخلات اجتماعی	
کاملی، نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، جنس، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، محل صدور شناسنامه، مذهب، شغل، محل کار، آدرس و تلفن، همراه یا معرف بیمار، آدرس و تلفن همراه، تاریخ و ساعت پذیرش، بخش، پزشک بستری کننده، نوع پذیرش، به مرکز انتقالی ... اطلاع داده شد، نوع بیمه، شماره بیمه	پذیرش و خلاصه ترخیص	پذیرش
کد تشخیص های اولیه، حین درمان، نهایی و اقدامات جراحی و درمانی انجام شده	پذیرش و خلاصه ترخیص	مددکار بیماری ها و اقدامات درمانی
عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری	شرح حال و سیر بیماری	فراگیران گروه پزشکی (فلوشیپ و دستیارها)
نیت دستورات پزشک (در خصوص دستیاران سال اول، نیت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتد می باشد).	دستورات پزشک	
نیت مشاوره ها (در خصوص دستیاران سال اول، نیت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتد می باشد).	مشاوره ها	
نتایج آزمایشات و عکسبرداری ها، تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی، علت خارجی، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، تاریخ اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، تاریخ و ساعت فوت، علت فوت، فوت قبل / بعد از ۲۴ ساعت	پذیرش و خلاصه ترخیص	فراگیران گروه پزشکی به جز فلوشیپ و دستیارها
عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری مشروط به تایید دستیار ارشد	شرح حال و سیر بیماری	

<p>تمام فیلدهای مالی فرم صورتحساب شامل:</p> <p>تغییر نوع بیمه پایه و بیمه تکمیلی، تعیین سقف بیمه مکمل برای خدمت یا دارو و لوازم خاص یا کل پرونده، اعمال طرح سلامت شهری یا روستایی، محاسبه کلویال پرونده، محاسبه پرونده ها مطابق تعرفه جدید، تعداد و نوع ویزیت، نام پزشک ویزیت کننده، تعداد و نوع مشاوره و نام پزشک مشاوره دهنده، حق العمل جراح و کمک جراح و اعمال کندهای تعدیلی، بیهوشی و کندهای تعدیلی بیهوشی، اتاق عمل، پرسنل جراح، هزینه آمبولانس، تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان، تعداد و نوع خدمات پرستاری.</p>	<p>صورتحساب</p>	<p>تراخیصی</p>
<p>تغییر درصد بیمه پایه و بیمه مکمل</p> <p>تغییر وضعیت انجام خدمت</p> <p>تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان، تعداد و نوع خدمات پرستاری، حق العمل ها</p>	<p>صورتحساب</p>	<p>درآمد</p>
<p>گسورات بیمه</p>	<p>گسورات</p>	
<p>مبلغ دریافتی، مبلغ استرداد، مبلغ تخفیف</p>	<p>دریافت و پرداخت</p>	<p>مستردی</p>

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک				پرونده کاغذی
				لغو اطلاعات	وبرایش اطلاعات	درج اطلاعات		
تازمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک معالج و نایب مسئول مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار پزشک معالج قرار می‌گیرد.	تازمان ترخیص بیمار*	✓	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمارانی تحت درمان صرفاً در بخش مربوطه
تازمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک مشاور و نایب مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت مشاوره جهت بررسی در موضوع مورد مشاوره در اختیار پزشک مشاور قرار می‌گیرد.	تازمان تایید نهایی	✓	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمارانی تحت مشاوره در بخش مربوطه

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک			پرونده کاغذی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
X	X	X	تا زمان ترخیص بیمار	آخرین گزارش ثبت شده و تا پایان همان شیفت کاری	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مراقبت در بخش مربوطه	پرستار / اما
تا زمان ترخیص بیمار	✓	X	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مراقبت در بخش مربوطه	سرپرستار
تا زمان ترخیص بیمار	✓	X	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بیمارستان	سوپروایزر بالینی / آموزشی / کنترل عفونت
X	X	X	تا زمان ترخیص بیمار	آخرین درخواست در هر گروه خدمتی تا قبل از تأیید انجام آن	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان در بخش مربوطه	منشی بخش بالینی

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک					
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن		پرونده کاغذی
X	X	X	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	X	X	کارشناسان واحدهای پاراکلینیک
X	X	X	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	X	X	منشی های واحدهای پاراکلینیک
تا زمان ثبت گزارش در سیستم	کل پرونده	با تکمیل فرم درخواست و تأیید رئیس بیمارستان	تا زمان ثبت گزارش در سیستم	X	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بیمارستان	متخصصان پاراکلینیک
تا زمان ترخیص	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	تا زمان ترخیص بیمار	✓	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	متخصص / کارشناس ارشد / کارشناس تغذیه

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					نقش‌ها
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک				
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن	
تا زمان ترخیص	✓	✓	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	X	✓	رئیس بیمارستان / مدیر عامل بخش‌ها
تا زمان ترخیص	✓	باتکمیل فرم درخواست تا پایان همان شیفت کاری	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	X	✓	مسئول فنی بیمارستان بخش‌ها
تا زمان ترخیص بیمار	✓	X	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	X	✓	مدیر بیمارستان بخش‌ها
تا زمان ترخیص بیمار	✓	X	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	X	✓	مدیر پرستاری بخش‌ها

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				فقدش‌ها		
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک				پرونده کاغذی	
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند، با رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد. ۴۴	تا زمان ترخیص بیمار	✓	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار بخش آموزشی مربوطه	فراگیران گروه پزشکی در سطح دستیار و فلوشیپ
تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند، با رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد.	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار بخش آموزشی مربوطه	سایر فراگیران پزشکی (غیر از دستیار و فلوشیپ)
تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط مسئول مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت اهداف آموزشی در اختیار قرار می‌گیرد.	×	×	×	×	×	×	دانشجویان پرستاری، مامایی یا پیراپزشکی در حال آموزش در مراکز آموزشی

۴۵ بدیهی است تمام دستورات درج شده توسط دستیار و فلوشیپ مطابق قوانین آموزشی باید به نایب پزشک معالج (اتند) برسد.

۴۶ در ساعات غیر اداری و ایام تعطیل یا مرخصی مسئول واحد مدیریت اطلاعات، نایب توسط جانشین وی صورت پذیرد.

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک			پرونده کاغذی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
X	X	X	تا پایان همان شیفت کاری	در صورت عدم ارائه وثبت هر نوع خدمت	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	X	پذیرش	
تا پایان شیفت کاری	✓	با تکمیل فرم درخواست و تایید مسئول مدیریت اطلاعات	تا زمان ثبت کدهای تشخیص و اقدامات در سیستم	X	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	کدگذار
نامحدود	✓	دسترسی کامل به پرونده سوابق بیماران ترخیص شده جهت پاسخ گویی به درخواستها بر اساس ضوابط	نامحدود	X	X	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	کارشناس مدارک پزشکی
نامحدود	✓	دسترسی کامل	نامحدود	در صورت عدم ارائه وثبت هر نوع خدمت	اطلاعات هویتی و دموگرافیک	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	مسئول واحد مدیریت اطلاعات *
✓	✓	X	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	X	✓	X	کارشناس IT

☛ در شیفت های عصر و شب و تعطیلات از طریق تفویض اختیار به سر شیفت پذیرش

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک					
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن		
X	X	X	تا زمان ارسال فیزیکی و الکترونیکی پرونده به کارشناسان ناظر سازمان بیمه گر	X	X	فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد ترخیص
X	X	X	تا تکمیل بررسی توسط سازمان های بیمه گر و ارسال سطح دو صورتحساب توسط کارشناس ناظر بیمه نهایتا تبدیل پرونده به پرونده بایگاتی و سند	در فیلدهای مالی	در فیلدهای مالی پس از بررسی و در صورت نیاز، اصلاح اطلاعات در HIS	در فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد درآمد
X	X	X	تا زمان انجام بررسی و اعمال کسور احتمالی در پرونده الکترونیک و پرینت سطح دو صورتحساب	X	X	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	مقوم بیمه
X	X	X	X	X	X	صرفا تایید مبلغ قابل پرداخت با بازپرداختی	X	X	صندوق
X	X	X	X	X	X	X	X	X	مدیر و کارشناس امور مالی

سطح دسترسی به پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندنی)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک					
				فقط خواندنی	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات		
به مدت یک هفته	✓	با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی	X	X	X	X	✓	دبیر کمیته های بیمارستانی (اخلاقی، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و تسرح، عفووت و ...)	
به مدت یک هفته	✓	با درخواست کتبی و کیل حقوقی بیمارستان به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی، کپی پروندهها در اختیار قرار می گیرد	X	X	X	X	✓	وکیل حقوقی بیمارستان	
تازمان ترخیص	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	تازمان ترخیص بیمار	X	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	مددکار

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش			سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندنی)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک			پرونده کاغذی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندنی
تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	تا زمان ترخیص بیمار	X	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پرست) (۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	داروساز بالینی / داروساز
X	X	X	X	X	X	پاسخ دهی درخواست یا تایید بازگشت دارویی	X	X	کارشناس داروخانه

سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش				سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				درخواست کننده‌ها	
زمان عودت	پرونده الکترونیک		نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی	نحوه دسترسی		
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال استعلام مرکز							
-	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می‌گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به سوابق کلیه بیماران جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات و در صورت لزوم اخذ کپی برابر اصل از پرونده	با ارائه معرفی نامه یا حکم ماموریت	تا پایان ماموریت	دسترسی به پرونده کلیه بیماران بستری در بخش جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات (فقط خواندن)	دسترسی به پرونده کلیه بیماران بستری در بخش جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات	با ارائه معرفی نامه یا حکم ماموریت	بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه
-	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می‌گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به کپی پرونده جهت ادامه درمان	با نامه رسمی و اجازه بیمار	x	x	x	x	بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر

سطح دسترسی به پرونده (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش				سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				درخواست کننده‌ها	
زمان عودت	پرونده الکترونیک		پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی		
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال اعلام							
حداکثر دو هفته از تاریخ ارسال پرونده، در صورت نیاز مجدد، درخواست تمدید مدت قبل از سررسید دو هفته به دانشگاه ارسال گردد. حداکثر تعداد درخواست تمدید دو بار	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به کپی برابر اصل و در صورت لزوم اصل پرونده بر اساس نوع درخواست	با نامه رسمی	تا زمان ترخیص	فقط خواندن	دسترسی به کپی برابر اصل پرونده	دادگستری / پزشکی قانونی / کمیسیون پزشکی	
-	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به اصل پرونده جهت بررسی و تائید بیمه بیمار، توسط کارشناسان مقیم سازمانهای بیمه گر در بیمارستان و در صورت نبود کارشناس مقیم دسترسی به کپی پرونده جهت بازپرداخت و دریافت غرامت دستمزد (از کار افتادگی) با نامه رسمی و تائید رییس بیمارستان	دسترسی کامل به پرونده های بیمه شدگان تحت پوشش	x	x	x	x	سازمانهای بیمه گر

سطح دسترسی به پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش				سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				درخواست کننده-ها	
زمان عودت	پرونده الکترونیک		نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی	نحوه دسترسی		
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال اعلام مرکز							
-	در صورت درخواست در قالب CD	با مراجعه حضوری و احراز هویت فقط خواندن و اخذ پرینت	کپی پرونده بدون مهر برابر اصل در اختیار بیمار/ نماینده قانونی قرار می گیرد	مراجعه حضوری و درخواست کتبی	تا پایان ترخیص فقط خواندن	دسترسی به کپی پرونده	با درخواست کتبی بیمار یا نماینده قانونی و تایید پزشک معالج	بیمار/قیم/نماینده قانونی	
-	-	فقط خواندن	مطالعه پرونده در محل بایگانی بیمارستان بدون اجازه کپی یا عکسبرداری	با معرفی نامه از معاونت پژوهشی، آموزشی یا درمان دانشگاه مربوطه و اخذ کد اخلاقی	تا پایان ترخیص	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار (صرفاً خواندن)	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار (صرفاً خواندن)	با معرفی نامه از معاونت پژوهشی، آموزشی یا درمان دانشگاه مربوطه	پژوهشگر
پاسخگویی کامل به اعلام ها				X	X	X	X	ثبت احوال	
پاسخگویی کامل به اعلام ها				X	X	X	X	نیروی انسانی (نظام وظیفه، آگاهی، کلاتری)	
پاسخگویی کامل به اعلام ها				X	X	X	X	فرمانداری	

سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار			سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه					نقش‌ها
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی			پرونده کاغذی درمانگاهی	
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات فقط خواندن		
تا پایان ویزیت	✓	✓	تا پایان ویزیت (پس از ذخیره نتایج معاینه پزشک)	✓	X	عناصر اطلاعاتی مرتبط (شکایت بیمار، شرح حال، نتایج معاینات فیزیکی، تشخیص، نسخه دارویی / درخواست خدمت پارا کلینیک، نتیجه ویزیت (مراجعه بعدی بیمار، بستری و ...)	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	پزشک / متخصص / فوق تخصص
تا پایان خدمت	✓	✓	پس از ذخیره گزارش خدمت درمانگاهی یا پارا کلینیکی	✓	X	تایید یا رد خدمت درخواست شده و ثبت گزارش خدمت	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	ارایه دهنده خدمت پارا کلینیک (کارشناس / کارشناس ارشد / متخصص)

سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار			سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی					
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن		
X	X	X	تا پایان ویزیت بیمار	آخرین درخواست از هر گروه خدمتی، در صورت تایید لغو خدمت توسط ^ه ارایه دهنده خدمت	X	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار آن تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	مسئول درمانگاه
تا پایان ویزیت بیمار	✓	✓	تا پایان ویزیت بیمار	X	X	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار	رئیس بیمارستان / مدیر

ه آخرین درخواست (ویزیت، خدمات پاراکلینیک و ...)

سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار			سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی			پرونده کاغذی درمانگاهی		
				لغو اطلاعات	ورایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
X	X	X	تا پایان همان شبقت کاری	X	✓ به استثنای اطلاعات هوشی بیمار	عناصر اطلاعاتی مرتبط با پذیرش	✓	دسترسی کامل به پرونده مراجعه کنندگان به درمانگاه	پذیرش درمانگاه
نامحدود	✓	دسترسی کامل	نامحدود	X	اطلاعات هوشی و دموگرافیک	X	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار آن	مسئول واحد مدیریت اطلاعات
X	X	X	نامحدود	X	X	X	✓	X	II

سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار			سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک			پرونده کاغذی درمانگاهی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
X	X	X	تا تکمیل بررسی توسط سازمان های بیمه گر و ارسال سطح دو صورتحساب توسط کارشناس ناظر بیمه نهایتاً تبدیل پرونده به پرونده بایگانی و سند	در فیلدهای مالی	در فیلدهای مالی پس از بررسی و در صورت نیاز، اصلاح اطلاعات در HIS	در فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد درآمد
X	X	X	X	X	X	صرفاً ناقد مبلغ قابل پرداخت با بازپرداختی	X	X	صندوق
X	X	X	X	X	X	X	X	X	مدیر/کارشناسان امور مالی

سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار			سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی					پرونده کاغذی درمانگاهی
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن		
(حد اکثر یک هفته)	✓	با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست، و تائید رییس بیمارستان / مسئول فنی	×	×	×	×	×	×	دبیر کمیته های بیمارستانی (اخلاقی، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، عفونت و سایر کمیته ها)
با توجه به ارایه کپی تعیین زمان جایگاهی ندارد	✓	با درخواست کتبی وکیل حقوقی بیمارستان به همراه ذکر علت درخواست، و تائید رییس بیمارستان / مسئول فنی، کپی پروندهها در اختیار قرار می گیرد	×	×	×	×	×	×	وکیل حقوقی بیمارستان
تا پایان ویزیت بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می گیرد معاون آموزشی / پژوهشی	تا پایان ویزیت بیمار	×	×	شرح حال بیمار مشروط به تائید پزشک اتند	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار درمانگاه بخش آموزشی مربوطه	دانشجویان پزشکی / پیراپزشکی در حال آموزش در مراکز آموزشی درمانی

