

با یاد خدا

عنوان دوره :

سطوح دسترسی به پرونده بیماران بر اساس اصل محرمانگی

کارکنان رشته شغلی مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت

۱۴۰۲

فهرست مطالب

صفحه	
۱	مقدمه
۲	تعاریف
۹	فصل اول: ضوابط کلی و دستورالعمل ارایه اطلاعات پرونده بیمار
۱۱	فصل دوم: سطح دسترسی به پرونده پزشکی بیمار:
۱۲	جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی درون سازمانی به پرونده بستری بیمار
۲۱	جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی برون سازمانی به پرونده بستری بیمار
۲۴	جدول ۲-۲: سطح دسترسی درون سازمانی به پرونده درمانگاهی بیمار
۲۹	جدول ۳-۲: سطح دسترسی به اطلاعات پایه سامانه اطلاعات بیمارستان
۳۰	پیوست ۱: عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

مقدمه

مواجهه با تحولات پیاپی در حوزه سلامت و برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در این حوزه که پیچیدگی‌های آن همواره رو به افزایش است، هم چنین پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی در حیطه مراقبت و مدیریت بیمار، مستلزم دسترسی به اطلاعات سلامت از وجوه مختلف می‌باشد. گرچه ارایه مراقبت با کیفیت، اولویت اصلی حوزه سلامت است اما بدون تردید حفظ حریم شخصی^۱ و رعایت استانداردهای امنیت اطلاعات^۲ نیز از مباحث پرچالش حوزه سلامت محسوب می‌گردد.

حفظ حریم شخصی بیمار بیانگر حق بیمار در خصوص تعیین نحوه استفاده یا به اشتراک گذاری اطلاعات مرتبط با سلامت وی می‌باشد. براین اساس، این که اطلاعات بیمار، چه زمان، چطور و تا چه حدودی در اختیار سایر افراد حقیقی یا حقوقی قرار گیرد، به جز در موارد تعیین شده فقط با اجازه کتبی بیمار مجاز می‌باشد.

امنیت اطلاعات بیمار نیز به سه اصل محرمانگی^۳، سالم بودن^۴ و در دسترس بودن اطلاعات برحسب نیاز کاربران مجاز^۵ اشاره دارد. در واقع امنیت اطلاعات دربرگیرنده تدابیری است که اتخاذ می‌شوند تا اطلاعات بیمار فقط در اختیار افراد مجاز قرار گرفته، سلامت آن‌ها تضمین شده و در هنگام نیاز در دسترس کاربران مجاز قرار گیرد. در این رابطه، کنترل دسترسی^۶ یا به عبارت دیگر، تعیین سطوح دسترسی در راستای ارتقای امنیت اطلاعات و با هدف محدود نمودن دسترسی به کاربران مجاز مطرح می‌باشد. کنترل دسترسی، در واقع سازوکار مجاز نمودن کاربران به دسترسی به منابع اطلاعاتی پس از تایید هویت و تعیین سطح دسترسی آن‌ها به انواع اطلاعات می‌باشد. براین اساس و در راستای تحقق تکلیف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه در خصوص استقرار پرونده الکترونیک سلامت و لزوم برقراری رویه‌های استاندارد و یکپارچه به منظور حفظ حریم شخصی و امنیت اطلاعات بیمار؛ گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان وزارت بهداشت، اقدام به بازنگری دستورالعمل‌های موجود در این زمینه و اخذ نظرات مراجع قانونی از قبیل سازمان نظام پزشکی کشور، سازمان پزشکی قانونی کشور و دفتر حقوقی وزارت بهداشت نموده است. این دستورالعمل، در دو بخش اصلی شامل "ضوابط کلی ارایه اطلاعات پرونده بیمار به مراجع داخل و خارج از بیمارستان" و "تعیین سطوح دسترسی به پرونده بیمار" تنظیم شده و لازم الاجرا می‌باشد.

1. Privacy
2. Security
3. Confidentiality
4. Integrity
5. Availability
6. Access control

◀ تعاریف:

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، آموزشی، 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 داده‌ای 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.

- **مستندسازی:** منظور از مستندسازی تمامی افرادی می باشد که در مستندسازی خدمات ارائه شده به بیمار در پرونده پزشکی وی سهیم می باشند. شامل پزشکان، پرستاران، ارائه دهندگان خدمات تشخیصی یا کمک درمانی، مددکاران، کارکنان مدیریت اطلاعات و ترخیص که خدمات مرتبط را در قالب پرونده پزشکی بیمار مستند می نمایند. مستندسازی عبارتست از مشخص نمودن این که چه کسی، چه خدمت/مراقبتی را، به چه دلیل، در چه مکانی و چگونه انجام داده است. مستندسازی پس از ثبت داده های مرتبط در پرونده بیمار، تاریخ و زمان ثبت را درج نموده و در انتها، داده های ثبت شده را از طریق درج نام و امضای خود تصدیق می نمایند. تمامی افرادی که مستندسازی پرونده پزشکی را انجام می دهند باید دارای صلاحیت لازم در این زمینه بوده و در چارچوب سیاست ها و دستورالعملهای مدون، خدمات خود را مستند نمایند. تمامی این افراد باید در زمینه اصول مستندسازی و استانداردهای مستندسازی قانونی آموزش دیده و از آنها تبعیت نمایند. صلاحیت افراد مستندسازی براساس دوره های آموزشی طی شده و کنترل مستمر مستندات آن ها از لحاظ میزان رعایت استانداردها تعیین می شود.

- **اطلاعات محافظت شده (PHI):** مفهوم اطلاعات محافظت شده در چارچوب حفظ حریم شخصی بیمار^۲ و حق بیمار در این رابطه اشاره دارد. منظور از اطلاعات محافظت شده بیمار، مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت جسمی یا روانی فرد، خدمات ارائه شده به او یا پرداختهای صورت گرفته در قبال این خدمات می باشد مشروط بر آن که هویت فرد از طریق شناسه های هویتی، به صورت صریح یا ضمنی، قابل شناسایی باشد. بر مبنای اصل حفظ حریم شخصی بیمار، اطلاعات محافظت شده فقط با اجازه کتبی بیمار یا نماینده قانونی وی قابل استفاده یا واگذاری می باشد مگر در صورتی که در اختیار خود بیمار قرار گیرند یا به منظور درمان خود بیمار یا پرداختهای مرتبط به وی، پیگیری های قانونی و قضایی، یا به منظور ارزیابی، تایید صلاحیت و اعتباربخشی؛ یا در قالب برنامه های مرتبط با سلامت همگانی یا نظارت بر سلامت یا در موارد تهدید جدی برای سلامت عمومی استفاده شوند.^۳ شناسه های هویتی بیمار که امکان تشخیص هویت او را فراهم می کنند عبارتند از: نام بیمار، تاریخ تولد، فوت یا درمان بیمار یا هر تاریخ دیگری مربوط به بیماری یا مراقبت بیمار، آدرس، شماره تلفن و سایر اطلاعات تماس با فرد، شماره بیمه، شماره پرونده، تصویر بیمار، اثر انگشت/ سایر ویژگی های بیومتریک بیمار و سایر شناسه های منحصر به فرد بیمار.

1. Protected Health Information

^۲. منظور از حریم شخصی بیمار در این سند، رعایت حریم شخصی وی از لحاظ استفاده و واگذاری اطلاعات پرونده می باشد. به این معنا که بیمار حق دارد تعیین کند چه افراد حقیقی یا حقوقی و تا چه حدودی مجاز به استفاده از اطلاعات پرونده وی می باشند.

^۳. محدودیت مربوط به استفاده/ واگذاری اطلاعات پرونده بیمار تا زمانی مصداق دارد که هویت بیمار از طریق شناسه های هویتی (نام بیمار، کد ملی، شماره پرونده، آدرس، شماره تلفن، تاریخ مراجعه یا ترخیص و ...) قابل شناسایی باشد. بدیهی است در صورتی که تدابیر لازم به منظور مخفی نمودن اطلاعات هویتی بیمار (de-identification) از سوی مرکز ارائه دهنده خدمت (بیمارستان) اعمال گردد، محدودیت مورد اشاره مصداق نداشته و اطلاعات بالینی قابل به اشتراک گذاری می باشند.

- **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 نقش‌های خود گروه‌بندی شده و برای هر نقش میزان دسترسی به انواع اطلاعات بیمار تعیین می‌گردد.

- **نقش‌ها:** منظور از نقش‌ها در سند حاضر، گروه‌های مختلف کاربران مجاز به دسترسی به پرونده بیمار می‌باشد. این گروه بندی معمولاً براساس نوع وظایف صورت گرفته و تعیین کننده میزان و نوع دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می‌باشد. نقشهای 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، منشی‌های 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 بخشهای بالینی، دبیران کمیته‌های 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 می‌باشند.

^۲. هر یک از کاربران پرونده الکترونیک دارای نام کاربری مشخص جهت شناساندن خود به سامانه (Identification) و کار با پرونده الکترونیک می‌باشند. نام کاربری می‌تواند نام حقیقی یا کد ملی یا عبارت انتخابی کاربر باشد. رمز ورود جهت تایید هویت کاربر (Authentication) به کار می‌رود. به این معنی که سامانه تایید می‌کند 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 نقشهای مختلف داخل و خارج از بیمارستان مشخص شده است.

4 . Role Based Access Control

- **انواع دسترسی:** انواع دسترسی به پرونده بیمار شامل دسترسی فقط خواندنی، درج اطلاعات در پرونده، لغو اطلاعات و ویرایش اطلاعات پرونده می‌باشد.

الف. دسترسی فقط خواندنی^۱: 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^۲: به طور کلی سه نوع درج در سامانه اطلاعات بیمارستان/ پرونده الکترونیکی بیمار مطرح می‌باشد:

۱. درج اطلاعات پرونده الکترونیکی: عبارت است از ورود یا تایید اطلاعات مرتبط با پرونده الکترونیکی بیمار توسط افراد مجاز به ثبت اطلاعات با نام کاربری و کلمه عبور منحصر به فرد در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS).

۲. 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 ...؛ تعریف شیوه محاسبه عملیات های مرتبط با پرونده و ..) می‌باشد. این دسترسی تنها در اختیار کارشناس مقیم/ غیرمقیم شرکت ارائه دهنده و پشتیبان HIS می‌باشد.

۳. 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 می‌توان 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 نمی‌باشد. (ورود محتوی انواع کدهای استاندارد و ابلاغی وزارت بهداشت می‌تواند 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 می‌شود.

ج. لغو اطلاعات^۳: سه نوع لغو اطلاعات در ارتباط با اطلاعات پرونده بیمار مطرح می‌باشد:

۱. لغو اطلاعات پرونده الکترونیکی: توقف دستور یا اقدام/ گزارش درج شده در پرونده الکترونیکی 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 می‌باشد.

1. Read only
2. Insert
3. Cancel

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.

د. 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 الکترونیک 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 سیستم³:** 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.

1. International Classification of Diseases

2. Current Procedural Terminology

3. System setting

- **پورتال استعلام‌های مرکز:** سامانه ای نرم افزاری تحت وب که بر بستر شبکه امن (SSL,HTTPS,...) توسط شرکت توسعه دهنده نرم افزار HIS طرف قرارداد با بیمارستان طراحی و پیاده سازی می گردد. این سامانه به صورت هوشمند میان افزاری بین کاربر و سیستم HIS برای دریافت خروجی های مورد درخواست واحد های برون سازمانی و بیمار می باشد. کاربران پس از دریافت شناسه (نام کاربری و رمز ورود) خود از بیمارستان می توانند صفحه مورد درخواست خود را مشاهده نمایند. مدیریت کنترل دسترسی و ارائه شناسه به عهده مسئول HIS بیمارستان با همکاری مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت می باشد.

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

۱. نگهداری و حفاظت از پرونده پزشکی بیمار (کاغذی یا الکترونیکی) 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، ارزیابی-های 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. در 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. 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 یا کاربن) بصورت خوانا و مهور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد.

^۱ بیماران ترخیص شده از بیمارستان یا بیماران سرپایی

۶. در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آتی 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 ثبوتات 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 غیر مجاز 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 هر گونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده، فرم درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده، ضمیمه پرونده گردد. رایه 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 الکترونیکی در اختیار افراد یا سازمان های درخواست کننده مجاز قرار گیرد. اطلاعات الکترونیکی در قالب لوح فشرده یا از طریق پورتال استعمال مرکز و در فرمتهای معین از جمله pdf، tiff، jpeg و DICOM و ... قابل رایه می باشد.
- رایه 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. رایه هر گونه 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. رایه 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 رایه کپی مدارک بالینی را تکمیل نموده باشد، افراد معرفی شده از طرف بیمار می توانند با مراجعه به بیمارستان با رایه اصل صورتحساب و تکمیل فرم درخواست، کپی مدارک بالینی بیمار را دریافت نمایند.
۱۴. رایه 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، رایه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات و آموزش پزشکی، با اجازه کتبی و بلاشرط بیمار در زمان مقتضی (موضوع بند ۲) مجاز می باشد.

- تبصره ۱: 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.
- تبصره ۲: 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.

◀ فصل دوم: سطح دسترسی به محتوای پرونده پزشکی بیمار

در این فصل و در راستای ارتقای امنیت اطلاعات پرونده بیمار، سطوح دسترسی به محتوای پرونده پزشکی بیمار تعیین شده است. در واقع در این بخش، این که کدام نقشهای درون و برون سازمان مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشند و نوع، میزان و زمان دسترسی آنها مشخص شده است. رویکرد منتخب جهت تعیین سطوح دسترسی به پرونده پزشکی، رویکرد مبتنی بر نقش بوده است. در این رویکرد کاربران مختلف بر حسب نقش های خود گروهبندی شده و برای هر نقش میزان دسترسی به انواع اطلاعات بیمار تعیین می گردد.

در تدوین سند حاضر، دسترسی به انواع پرونده شامل پرونده های بستری و درمانگاهی در قالب کاغذی و الکترونیک مورد توجه بوده است.

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی

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

* در صورت تکمیل فرم ترخیص با میل شخصی، دسترسی صرفاً به فرم خلاصه پرونده جهت ثبت اطلاعات توسط پزشک حداکثر تا یک هفته پس از ترخیص بیمار

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

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

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (۱۵مه)

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		
×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	کارشناسان واحدهای پاراکلینیک
×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	منشی‌های واحدهای پاراکلینیک
تا زمان ثبت گزارش در سیستم	کل پرونده	با تکمیل فرم درخواست و تایید رئیس بیمارستان	تا زمان ثبت گزارش در سیستم	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓ دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بیمارستان	متخصصان پاراکلینیک
تا زمان ترخیص	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تایید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	تا زمان ترخیص بیمار	✓	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓ دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	متخصص / کارشناس ارشد / کارشناس تغذیه

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی/ الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (۱۵۱مه)

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 الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی				
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن	
تا زمان ترخیص	✓	✓	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	رئیس بیمارستان / مدیر عامل
تا زمان ترخیص	✓	باتکمیل فرم درخواست تا پایان همان شیفت کاری	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	مسئول فنی بیمارستان
تا زمان ترخیص بیمار	✓	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	مدیر بیمارستان
تا زمان ترخیص بیمار	✓	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	مدیر پرستاری

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی/ الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش		سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش		نقش‌ها					
زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی		پرونده الکترونیکی				
					فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	
تازمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد. **	تازمان ترخیص بیمار	✓	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران بخش آموزشی مربوطه	فراگیران گروه پزشکی در سطح دستیار و فلوشیپ
تازمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد.	تازمان ترخیص بیمار	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران بخش آموزشی مربوطه	سایر فراگیران پزشکی (غیر از دستیار و فلوشیپ)
تازمان 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

* بدیهی است تمام دستورات درج شده توسط دستیار و فلوشیپ مطابق قوانین آموزشی باید به تایید پزشک معالج (اتند) برسد.
 ** در ساعات غیر اداری و ایام تعطیل یا مرخصی مسئول واحد مدیریت اطلاعات، تایید توسط جانشین وی صورت پذیرد.

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقش‌های مختلف سازمانی (ادامه)

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 الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی			پرونده کاغذی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
×	×	×	تا پایان همان شیفت کاری	در صورت عدم ارائه وثبت هر نوع خدمت	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	پذیرش	
تا پایان شیفت کاری	✓	با تکمیل فرم درخواست و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات	تا زمان ثبت کدهای تشخیص و اقدامات در سیستم	×	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	کدگذار
نامحدود	✓	دسترسی کامل به پرونده سوابق بیماران ترخیص شده جهت پاسخ‌گویی به درخواستها بر اساس ضوابط	نامحدود	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	کارشناس مدارک پزشکی
نامحدود	✓	دسترسی کامل	نامحدود	در صورت عدم ارائه وثبت هر نوع خدمت	اطلاعات هویتی و دموگرافیک	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	مسئول واحد مدیریت اطلاعات *
✓	✓	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×	✓	×	کارشناس IT

* در شیفت‌های عصر و شب و تعطیلات از طریق تفویض اختیار به سر شیفت پذیرش

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

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 الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی			پرونده کاغذی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
×	×	×	تا زمان ارسال فیزیکی و الکترونیکی پرونده به کارشناسان ناظر سازمان بیمه گر	×	×	فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد ترخیص
×	×	×	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 HIS در	در فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	واحد درآمد
×	×	×	تا زمان انجام بررسی و اعمال کسور احتمالی در پرونده الکترونیکی و پرینت سطح دو صورتحساب	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	مقوم بیمه
×	×	×	×	×	×	صرفاً تأیید مبلغ قابل پرداخت یا بازپرداختی	×	×	صندوق
×	×	×	×	×	×	×	×	×	مدیر و کارشناس امور مالی

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

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			
به مدت یک هفته	✓	با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی	×	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت بررسی در کمیته	دبیر کمیته های بیمارستانی (اخلاق، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، عفونت و ...)
به مدت یک هفته	✓	با درخواست کتبی وکیل حقوقی بیمارستان به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی، کپی پرونده‌ها در اختیار قرار می‌گیرد	×	×	×	×	✓	×	وکیل حقوقی بیمارستان
تازمان ترخیص	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	تازمان ترخیص بیمار	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	مددکار

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

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 الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی			پرونده کاغذی		
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات			فقط خواندن
تازمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	تازمان ترخیص بیمار	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	داروساز بالینی / داروساز
×	×	×	×	×	×	پاسخ دهی درخواست یا تایید بازگشت دارویی	×	×	کارشناس داروخانه

جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی

سطح دسترسی به پرونده 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		نحوه دسترسی
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال استعلام مرکز							
-	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	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 می-گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به کپی پرونده جهت ادامه درمان	با نامه رسمی و اجازه بیمار	×	×	×	×	بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر

جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

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 الکترونیکی		پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی	پرونده کاغذی		نحوه دسترسی
	از طریق پورتال استعلام	ارائه لوح فشرده							
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	با ارسال نامه رسمی	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 تأیید 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 تأیید رییس بیمارستان	دسترسی کامل به پرونده های بیمه شدگان تحت پوشش	×	×	×	×	سازمانهای بیمه گر

جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				درخواست کننده-ها	
زمان عودت	پرونده الکترونیک		پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی		نحوه دسترسی
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال استعلام 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 اخلاق	تا پایان ترخیص	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار(صرفا خواندن)	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار(صرفا خواندن)	با معرفی نامه از معاونت پژوهشی، آموزشی یا درمان دانشگاه مربوطه	پژوهشگر
پاسخگویی کامل به استعلام ها				×	×	×	×	×	ثبت احوال
پاسخگویی کامل به استعلام ها				×	×	×	×	×	نیروی انتظامی (نظام وظیفه، آگاهی، کلاتری)
پاسخگویی کامل به استعلام ها				×	×	×	×	×	فرمانداری

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

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

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

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 بیمار	آخرین درخواست از هر گروه خدمتی، در صورت تایید لغو خدمت توسط ارايه دهنده خدمت *	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	مسئول درمانگاه
تا پایان ویزیت بیمار	✓	✓	تا پایان ویزیت بیمار	×	×	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار	رئیس بیمارستان / مدیر

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

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

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		
×	×	×	تا پایان همان شیفت کاری	×	✓ به استثنای اطلاعات هویتی بیمار	عناصر اطلاعاتی مرتبط با پذیرش	✓	دسترسی کامل به پرونده مراجعه کنندگان به درمانگاه	پذیرش درمانگاه
نامحدود	✓	دسترسی کامل	نامحدود	×	اطلاعات هویتی و دموگرافیک	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	مسئول واحد مدیریت اطلاعات
×	×	×	نامحدود	×	×	×	✓	×	IT

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

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 تکمیل بررسی توسط سازمان های بیمه گر و ارسال سطح دو صورتحساب توسط کارشناس ناظر بیمه نهایتا 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
×	×	×	×	×	×	صرفا تائید مبلغ قابل پرداخت یا بازپرداختی	×	×	صندوق
×	×	×	×	×	×	×	×	×	مدیر/کارشناسان امور مالی

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

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	
(حداکثر یک هفته)	✓	با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی	×	×	×	×	×	دبیر کمیته های بیمارستانی (اخلاق، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، عفونت و سایر کمیته ها)
با توجه به رایه کپی تعیین زمان جایگاهی ندارد	✓	با درخواست کتبی وکیل حقوقی بیمارستان به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید 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 تأیید پزشک اتند	✓	دسترسی کامل به پرونده بیمار درمانگاه بخش آموزشی مربوطه دانشجویان پزشکی / پیراپزشکی در حال آموزش در مراکز آموزشی درمانی

جدول ۲-۳- سطح دسترسی به اطلاعات پایه سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS)

سطح دسترسی به تنظیمات جداول پایه				نقش
زیرسیستم مجاز یا وظایف مربوطه در خصوص HIS	فقط خواندنی	درج / لغو محتوی اطلاعات جداول پایه HIS	درج / ویرایش / لغو جداول و اطلاعات پایه HIS	
کلیه زیرسیستم و خروجی های HIS	✓	×	×	ناظر فنی ستادی HIS
- زیرسیستم تعریف کاربران و سطوح دسترسی - کلیه زیرسیستم و خروجی های HIS	✓	✓	×	ناظر اجرایی HIS
- زیر سیستم های مدیریت اطلاعات جداول پایه ای ، دامنه آنها و سطوح دسترسی (بعنوان همکار ناظر) به منظور پالایش تنظیمات انجام شده.	✓	×	×	مدیر بخش مدیریت اطلاعات سلامت
اعمال تغییرات در دامنه اطلاعات جداول پایه زیر سیستم مجاز تحت مدیریت نظیر تنظیمات خدمات مربوط (به عنوان مثال مسئول امور مالی و حسابداری / درآمد/ترخیص مجاز به تعریف قرارداد پزشکان و کارشناسان در HIS، قراردادهای بیمه ای و هزینه های خدمات) در HIS در زیرسیستم مربوطه	✓	✓	×	مسئول کلیه واحدهای بیمارستانی اعم از واحدهای درآمدی / کلینیکی / پاراکلینیکی / درمانگاه/داروخانه و ...
- بانک اطلاعاتی بیمارستان (HIS-DB) - کلیه زیرسیستم های HIS - اعمال استانداردهای مصوب وزارت بهداشت	✓	✓	✓	کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS

پیوست ۱: عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش‌ها

جدول زیر به منظور تعیین عناصر اطلاعاتی مرتبط با ستون "درج اطلاعات" توسط نقش‌های مختلف در جداول "سطح دسترسی" ارائه شده است. عناصر اطلاعاتی زیر برگرفته از مجموعه عناصر اطلاعاتی تعیین شده در فرم‌های استاندارد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

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، علایم 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 فرم‌های ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان استاندارد توسط کارشناس/ کارشناس ارشد/ متخصص تغذیه
	ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تایید اطلاعات ثبت شده در فرم‌های 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 خارجی، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص، * در مراکز آموزشی تکمیل این عناصر اطلاعاتی ممکن است توسط اینترن یا دستیار و با تایید نهایی پزشک معالج صورت گیرد.
	گواهی فوت (بزرگسال و دوره پریناتال)	تمام عناصر اطلاعاتی گواهی فوت استاندارد
پزشک مشاور	نتیجه مشاوره	مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها) - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت

عنصر اطلاعاتی "پیشرفت معالجات"	سیر بیماری	سایر پزشکان مقیم یا آنکال بیمارستان
عنصر اطلاعاتی "دستورات پزشک" - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت	دستورات پزشک	
تمام عناصر اطلاعاتی فرم بیهوشی	مراقبت بیهوشی	متخصص بیهوشی
مایعات داخل وریدی، خون، پلاسما، گلوکز و مایعات الکترولیت، مایعات دفع شده، تعداد مایعات، مشاهدات و معالجات در زمان مراقبت، اکسیژن، از راه.....، تنفس مصنوعی، به وسیله	مراقبت بعد از جراحی	
تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای ابلاغی * تکمیل فرم ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان ترجیحا 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. * در مراکز آموزشی درج اطلاعات این فرم ها توسط رزیدنت زنان هم مجاز می باشد.	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	عامل زایمان (ماما/ متخصص زنان و زایمان)
عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم استاندارد شرح حال نوزاد در بدو تولد	شرح حال نوزاد بدو تولد	
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.	شرح حال نوزاد بدو تولد	
عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد توسط مامای مراقب نوزاد درج می شود. * درج اطلاعات صفحه اول این فرم توسط عامل زایمان نیز مجاز می باشد. * 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 پست پارتوم یا سرپرستار/ مسئول شیفت بخش نوزادان درج می شود.	معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد	مامای مراقب نوزاد
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. * در مراکز آموزشی، درج این عناصر اطلاعاتی توسط رزیدنت نوزادان هم مجاز می باشد.	معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد	متخصص نوزادان

گزارش پرستار	ثبت مشاهدات پرستار *	پرستار بخش
* 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	
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	
سرپرستار	تایید عناصر اطلاعاتی درج شده توسط پرستار و منشی بخش؛ تایید تطابق 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	پرستار/ تکنسین اتاق عمل
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.	
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، انطباق شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل، تایید ارسال نمونه برای آزمایشگاه	پرستار ریکاوری
مراقبت بعد از جراحی	ساعت ورود و خروج از ریکاوری، وضعیت عمومی، بیداری، فشار خون، نبض، تنفس، سیانوز موضعی و عمومی، رنگ پوست و حرارت پوست زمان ورود و خروج از ریکاوری	
منشی بخش بالینی	ثبت ویزیت و درخواست دارو و خدمت در HIS	منشی بخشهای پاراکلینیک
پذیرش و خلاصه ترخیص	انتقال بیمار شامل تاریخ انتقال، به بخش، از بیمارستان به بیمارستان؛ مشاوره داشته، تعداد مشاوره و مدت اقامت بیمار	
گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	ثبت خدمات پاراکلینیک انجام شده	

کارشناس پاراکلینیک	واحد های	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	گزارش خدمات پاراکلینیک
متخصص پاراکلینیک	واحد های	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	ثبت گزارش خدمت، نظریه و تایید گزارش خدمات پاراکلینیک
کاردیولوژیست		گزارش الکتروکاردیوگرام	گزارش الکتروکاردیوگرام
متخصص / کارشناس ارشد / کارشناس تغذیه		ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تغذیه ای بزرگسالان و کودکان
داروساز بالینی		تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای استاندارد تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی
مددکار		ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی
		مدیریت مورد مددکاری اجتماعی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد مدیریت مورد مددکاری اجتماعی
پذیرش		پذیرش و خلاصه ترخیص	کدملی، 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 انتظامی ... اطلاع داده شد، نوع بیمه، شماره بیمه
کدگذار بیماری ها و اقدامات درمانی		پذیرش و خلاصه ترخیص	کد تشخیص های اولیه، حین درمان، نهایی و اقدامات جراحی و درمانی انجام شده
فراگیران گروه پزشکی (فلوشیپ و دستیارها)		شرح حال و سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری
		دستورات پزشک	ثبت دستورات پزشک (در خصوص دستیاران سال اول، ثبت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتند می باشد).
		مشاوره ها	ثبت مشاوره ها (در خصوص دستیاران سال اول، ثبت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتند می باشد).
فراگیران گروه پزشکی به جز فلوشیپ و دستیارها		پذیرش و خلاصه ترخیص	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
		شرح حال و سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری مشروط به تایید دستیار ارشد

<p>تمام فیلدهای مالی فرم صورتحساب شامل: 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 گلوبال 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 کدهای تعدیلی، بیهوشی و کدهای تعدیلی بیهوشی، اتاق عمل، پروسیجرها، هزینه آمبولانس، تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان، تعداد و نوع خدمات پرستاری.</p>	<p>صورتحساب</p>	<p>ترخیص</p>
<p>تغییر درصد بیمه پایه و بیمه مکمل تغییر وضعیت انجام خدمت تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان تعداد و نوع خدمات پرستاری. حق العمل ها</p>	<p>صورتحساب</p>	<p>درآمد</p>
<p>کسورات بیمه</p>	<p>کسورات</p>	<p>کسورات</p>
<p>مبلغ دریافتی، مبلغ استرداد، مبلغ تخفیف</p>	<p>دریافت و پرداخت</p>	<p>صندوق</p>

منابع:

- ۱- خلاصه قانون حفظ حریم شخصی بیمار در مجموعه قوانین HIPAA
- ۲- قانون امنیت اطلاعات در مجموعه قوانین HIPAA
- ۳- استاندارد ISO/IEC 17799: 2005
4. Hung P.C.K. Towards a Privacy Access Control Model for e-Healthcare Services. Proceedings of the Third Annual Conference on Privacy, Security and Trust, 2005, The Fairmont Algonquin, St. Andrews, New Brunswick, Canada,
5. Rostad, L. Access Control in Healthcare Information Systems. Thesis for the degree of Philosophy Doctor (PhD), 2009, Trondheim.
6. Vincent S.S.A Study of Access Control for Electronic Health Records. 2015. Student Theses. 55. Accessible at <http://opus.govst.edu/theses/55>

مقدمه:

در عصر امروز که به عصر اطلاعات موسوم است ، هیچ عاملی در ایجاد ارزش افزوده قادر به رقابت با اطلاعات نیست. این امر مکانیسم های درون و برون سازمانی را همراه با تعریف قوانینی به عنوان ضمانت اجرایی ، جهت هر چه بیشتر محرمانه نگه داشتن اطلاعات پزشکی ایجاب می کند.

یکی از نقش های حیاتی مدارک پزشکی ، کنترل و بکارگیری مقررات ، استانداردهای حرفه ای عملی ، رویه های موسسه برای حفاظت محرمانگی ، امنیت اطلاعات و افشاء اطلاعات می باشد یک مجموعه جامع از سیاست ها و رویه های مربوط به محرمانگی و افشاء اطلاعات می باید در مراکز مراقبتی موجود باشد. و محرمانگی و سیاست های افشاء اطلاعات می باید تعیین کند که چه اطلاعاتی محرمانه و چه اطلاعاتی غیر محرمانه تلقی می شود و بدون اجازه بیمار می تواند فاش شود.

بدون شک پرونده پزشکی یکی از مهم ترین مدارک و حاوی حساس ترین اطلاعات پزشکی و بهداشتی درمانی افراد می باشد که حفظ محرمانگی اطلاعات مندرج و اسناد و مدارک موجود در آن از اولویت بالایی برخوردار است. در صورتی که معیاری برای ارزیابی و بهبود و حفظ محرمانگی تعریف نشود، این اطلاعات به میزان وسیعی منتشر و مشکلات عدیده حقوقی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال خواهد داشت.

تعریف سطوح دسترسی به اطلاعات، تدوین مصوباتی در مورد چگونگی افشای آنها و این که چه اطلاعاتی ، تا چه اندازه ای ، در چه زمانی و در چه مکانی باید در اختیار چه کسی و با چه سطح اختیاری گذاشته شود ، همگی از جمله مسائلی هستند که مدیران کلیه بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی را در سطح خرد و کلان با چالشهایی روبرو ساخته اند.

بنابراین، رعایت محرمانگی مدارک و اطلاعات پزشکی مربوط به افراد ، یکی از اصلی ترین موضوعات حرف پزشکی است که تأمین کننده امنیت اطلاعات منحصر به فرد اشخاص بوده و موید سیستم جامع ارائه خدمات پزشکی با کیفیت مطلوب و تخصصی می باشد.

به منظور محافظت از پرونده های بیماران و اطلاعات آن در مقابل مفقود شدن ، از بین رفتن ، دخل و تصرف و یا استفاده غیر مجاز، بیمارستان سطوح دسترسی و ثبت اطلاعات در پرونده بیمار توسط افراد مجاز از بدو پذیرش تا پایان دوره نگهداری پرونده در واحد مدارک پزشکی را تعیین نموده و رعایت آن توسط تمامی کارکنان الزامی می باشد.

تعاریف واژه ها :

۱- پرونده ی بالینی بیمار / پرونده بیمار : منبع اصلی دریافت اطلاعات در مورد فرآیند مراقبت و پیشرفت بیماری که شرح و گزارش مکتوبی از اطلاعات گوناگون مربوط به سلامتی بیمار ، مانند یافته های ارزیابی ، پیشرفت درمان و خلاصه ترخیص را شامل می شود. (الکترونیک/ کاغذی)

۲- افراد مجاز : تمامی کارکنانی که بر اساس فرم های اصلی و فرعی اعلام شده توسط واحد مدارک پزشکی مجاز به دسترسی و ثبت اطلاعات در پرونده بیمار می باشند .

– افراد مجاز در پرونده جاری در بخش: پزشک مسئول ، پزشک معالج، مسئول بخش ، پرستاران و بهیاران با نظارت مسئول بخش

– افراد مجاز به دسترسی پرونده های جاری واحداً بایگانی مدارک پزشکی: رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مسئول مدارک پزشکی و کارکنان مدارک پزشکی باتوجه به تایید مسئول مدارک پزشکی

۳-رونوشت پرونده: به معنی اخذ کپی بدون مهر برابر با اصل می باشد.

۴-رونوشت برابر اصل شده: ارائه رونوشت برابر اصل شده منوط به ارائه نامه رسمی از سازمان متقاضی و تأیید ریاست بیمارستان می باشد.

۵-پرونده راکد: شامل تمامی پرونده های بایگانی موجود در واحد مدارک پزشکی که بیش از ۱۵ سال از زمان تحویل آن به این واحد می گذرد.

۶-پرونده های جاری بایگانی : شامل تمامی پرونده های بایگانی موجود در واحد مدارک پزشکی که کمتر از ۱۵ سال از زمان تحویل آن به این واحد می گذرد.

۷-پرونده های جاری بخش: شامل تمامی پرونده های موجود در بخشهای درمانی از بدو پذیرش بیمار تا زمان ترخیص می باشد.

در سیاست واگذاری اطلاعات پرونده (ارائه رونوشت از پرونده) لازم است ریاست بیمارستان پس از مشورت با مسئول مدارک پزشکی و مشاور حقوقی و طرح موارد مطروحه در کمیته مدارک پزشکی آئین نامه دسترسی به پرونده طراحی و در اختیار کلیه سازمانهای متقاضی قرار دهد.

در خصوص سطوح دسترسی به پرونده بالینی بیمار این موضوع وجود دارد که پرونده بالینی مدرکی است که نه تنها به بیمار مربوط است بلکه در رابطه با اشخاص دیگر نیز می باشد. این مدرک باید برای تمامی افرادی که مجوز و صلاحیت لازم را دارند، قابل دسترسی باشد.

در سیاست واگذاری اطلاعات پرونده (ارائه رونوشت از پرونده) به متقاضیان رعایت موارد ذیل الزامی می باشد:

سطوح دسترسی به پرونده :

➤ سطح دسترسی بیمار و نزدیکان :

بیمار با رضایت پزشک معالج می تواند از پرونده جاری واحد بایگانی پزشکی رونوشت تهیه نماید. بیمار با هماهنگی پزشک معالج می تواند از پرونده پزشکی و جاری رونوشت تهیه نماید. همراه/ نزدیکان (بستگان درجه یک بیمار(پدر و مادر)، فرزند ارشد ذکور، قیم بیمار درغیراین صورت بعد از احراز هویت و با توجه به شرایط لازم) بیمار می توانند با ارائه رضایت کتبی از بیمار و پزشک معالج وی و با تأیید ریاست / مدیریت بیمارستان ، با توجه به شرایط از پرونده جاری بیمار رونوشت اخذ نمایند. به طور کلی:

۱. بیمار با رضایت پزشک معالج مجاز به دسترسی به اطلاعات موجود در پرونده خود می باشد.

۲. همراه و نزدیکان (بستگان درجه یک از جمله پدر و مادر، فرزند ارشد ذکور و نیز قیم بیمار) بعد از احراز هویت و با توجه به شرایط لازم، به مدارک پزشکی دسترسی می یابند.

۳. مراجعه کنندگان با ارائه نامه رسمی از سازمان ها و ارگان ها با توجه به سیاست بیمارستان، رونوشت. برابر اصل شده از مدارک لازم را دریافت می نمایند.

➤ سطوح دسترسی سازمان های بیمه گر :

سازمان های بیمه گر با ارائه درخواست رسمی و در صورت تأیید ریاست بیمارستان می توانند رو نوشتی از پرونده جهت بررسی خسارت یا هزینه دریافت نمایند . ناظران معرفی شده توسط سازمانهای بیمه گر (ناظران بیمه مقیم در بیمارستان در صورت درخواست پرونده با ارائه مجوز واحد درآمد) مجاز به ثبت اطلاعات در بخش اسنادی غیر بالینی پرونده بایگانی می باشند.

➤ وکلای دادگستری :

در صورت اجازه از بیمار یا نماینده ی قانونی وی (در صورت صغیر بودن یا عدم کفایت بیمار) و پزشک بیمار، بیمارستان می تواند رونوشتی از پرونده بایگانی ارائه نماید.

➤ کارکنان واحد مدارک پزشکی:

در صورت مشاهده موارد مشکوک در بررسی پرونده بیمار ، تا زمان دریافت دستور از مسئول مدارک پزشکی و رئیس بیمارستان جهت تعیین تکلیف ، مجاز به تحویل پرونده به افراد در داخل و خارج بیمارستان نمی باشند .

➤ کارفرمای بیماران ناشی از حوادث حین کار

هیچ حقی نسبت به پرونده بیمار نداشته و دسترسی پرونده برایوی ممنوع است .

➤ فراگیران :

جهت بررسی پرونده های بایگانی باید از ریاست / مدیریت و معاونت آموزشی کسب اجازه نمایند. فراگیران (اینترن) جهت بررسی پرونده های جاری بخش فقط با اجازه رئیس بخش / مسئول بخش مجاز به دسترسی به پرونده و ثبت اطلاعات می باشند .

➤ اعضای کادر رزیدنتی و پزشکان معالج بیمار :

می توانند در بخش ، به صورت آزادانه پرونده ها را ملاحظه و مطالعه نمایند. رزیدنت ها و پزشکان سرویس های غیر معالج بیمار در صورت هماهنگی با پزشک معالج بیمار و مسئول بخش مربوطه مجاز به بررسی و مطالعه ی پرونده می باشند. کادر پزشکی و رزیدنتی بدون اجازه کتبی ریاست / مدیریت بیمارستان مجاز به ارائه اطلاعات کتبی یا شفاهی موجود در پرونده ، به اشخاص خارج از بیمارستان نمی باشند .

➤ مددکاران اجتماعی و واحدهای پی گیری امور بیماران :

مجاز به دسترسی و ثبت اطلاعات در بخش اسناد غیر بالینی پرونده می باشند.

➤ سازمانها و نهادهای قانونی :

در صورت ارائه درخواست رسمی و تأیید آن توسط ریاست / مدیریت بیمارستان مجاز به دریافت رونوشتی از پرونده بیمار می باشند.

➤ مشاور حقوقی بیمارستان:

برای دفاع از بیمارستان در دعاوی حقوقی اطلاعات پرونده پزشکی را می توان در اختیار مشاور حقوقی بیمارستان قرار داد. مشاور حقوقی مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده نمی باشد .

➤ مراکز درمانی :

در صورت بستری شدن مجدد بیمار در سایر مراکز درمانی ، بیمارستان بستری کننده بیمار می تواند با ارائه درخواست کتبی و ذکر این مطلب که بیمار در آن بیمارستان بستری است بدون اجازه نامه وی ، به اطلاعات پرونده قبلی دسترسی یابد .

➤ پزشکان متفرقه (خارج از بیمارستان):

در صورت ارائه اجازه نامه کتبی بیمار و تأیید ریاست / مدیریت، مجاز به دریافت اطلاعات درباره بیمار بوده و لذا صدور مجوز توسط ریاست / مدیریت بیمارستان بدون وجود اجازه نامه کتبی بیمار در این مورد غیر قانونی می باشد .

➤ امور پژوهشی :

جهت انجام طرح های تحقیقاتی دسترسی به پرونده ی بیمار منوط به دستور ریاست بیمارستان می باشد.

کارکنان حسابداری و ترخیص شاغل در بیمارستان :

مجاز به دسترسی در بخش اسناد غیر بالینی پرونده می باشند.

➤ کارکنان بخش میکرو فیلم مدارک پزشکی :

کارکنان بخش میکرو فیلم مدارک پزشکی مجاز به دسترسی به پرونده می باشند .

➤ کارکنان واحد فیزیوتراپی :

مجاز به دسترسی و ثبت اطلاعات در پرونده های جاری بوده و در مورد پرونده های بایگانی این امر منوط به درخواست مسئول واحد فیزیوتراپی می باشد.

➤ پزشکان معالج درمانگاه:

در صورت نیاز به پرونده های جاری بیماران در درمانگاه ، پزشکان معالج تنها با - درخواست کتبی به مسئول بخش مرتبط می توانند به پرونده دسترسی داشته و مجاز به ثبت اطلاعات می باشند و در مورد پرونده های بایگانی، پزشکان با درخواست کتبی و هماهنگی مسئول واحد درمانگاه با واحد مدارک پزشکی مجاز به دسترسی به پرونده می باشند.

➤ پرستاران/بهبیاران :

پرستاران و بهبیاران مجاز به دسترسی و ثبت اطلاعات در پرونده های جاری بخش محل خدمتی هستند . در خصوص دسترسی به پرونده های جاری سایر بخشهای درمانی ، این امر منوط به کسب اجازه از مسئول بخش مرتبط بوده و مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده های مذکور نمی باشند .

در خصوص پرونده های بایگانی ، دسترسی و ثبت اطلاعات در پرونده بیماران در واحد مدارک پزشکی منوط به اجازه کتبی مسئول بخش مربوطه می باشد.

ملاحظات عمومی :

۱- هنگامی که پرونده جاری بیمار در بیمارستان با مقاصد معمولی (از جمله آموزش) و با حسن نیت مورد استفاده قرار می گیرد نیازی به رضایت بیمار نیست. (موارد Case report و طرح در کمیته مرگ و میر و کمیته های مرتبط بدون ذکر نام بیمار)

۲- بدون اجازه صریح رئیس / مدیر بیمارستان نمی توان از پرونده های بیمار رونوشت تهیه نمود.

۳- پزشکان نمی توانند به شرکتهای بیمه یا وکلای دادگستری اجازه دسترسی به پرونده بیمار را بدهند .

۴- در صورت نیاز به پرونده بایگانی ، بیمار می تواند با ارائه درخواست کتبی به واحد مدارک پزشکی ، رونوشتی از پرونده خود را دریافت نماید.

۵- هزینه های رونوشت پرونده را می توان از متقاضی طبق تعرفه های مشخص مطالبه و دریافت نمود (بااستثنای خلاصه هایی که برای پزشک معالج یا برای بیمارستان های دیگر و یا مؤسسات خدمات اجتماعی و یا برای وکیل مدافع بیمارستان تهیه می گردد).

۶- خروج رونوشت پرونده های پزشکی از بیمارستان جهت پیگیری های قضایی منوط به صدور اصل حکم جهت ارائه به دادگاه و صدور مجوز توسط ریاست / مدیریت بیمارستان می باشد

۷- پرونده های پزشکی فقط در موارد لازم برای انجام امور بیمارستان از واحد مدارک پزشکی خارج می گردد و در صورت نیاز به مطالعه پرونده ، افراد مجاز فقط در واحد مدارک پزشکی میتوانند پرونده را مطالعه نمایند.

۸- جهت ارائه اصل پرونده بایگانی در واحد مدارک پزشکی به دادگاه حتی المقدور ابتدا کپی ارسال گردد و چنانچه دادگاه اصرار به دریافت اصل پرونده داشت الزامی است رسید آن را از منشی دادگاه دریافت و رسید مذکور در محل پرونده خارج شده در واحد مدارک پزشکی نگهداری کرد .

۹- در صورت نیاز به پرونده بایگانی بیمار، پزشک معالج با ارائه درخواست کتبی از ریاست / مدیریت با کنترل و نظارت مسئول مدارک پزشکی مجاز به دسترسی می باشد. در صورت نیاز به مطالعه پرونده های جاری در مکانی به جز بخش بستری بیمار، با ارائه درخواست کتبی و هماهنگی با مسئول بخش، مجاز به دسترسی پرونده می باشد.

۱۰- ثبت اطلاعات در پرونده بایگانی بیماران در واحد مدارک پزشکی توسط فراگیران و اینترن منوط به اجازه رئیس بیمارستان می باشد.

۱۱- انتقال پرونده های بیماران توسط کمک بهیاران و نیروهای خدماتی قابل اعتماد بخشها صورت گرفته و این افراد مجاز به انتقال اطلاعات پرونده جاری به سایر افراد نمی باشند.

۱۲- بررسی پرونده های بایگانی بیماران متهم و مجرم منوط به ارائه درخواست کتبی از اداره متبوع و اجازه رئیس بیمارستان می باشد. خروج پرونده های جاری توسط همراهان بیماران از بخشها ممنوع می باشد .

۱۳- تمامی پرونده هایی که جهت مقاصد بیمارستانی و با حسن نیت (بررسی بیمه ای ، بررسی مالی ، مورنینگ مشترک پزشکی و ...) وبا تایید مسئول واحد مدارک پزشکی تحویل گرفته می شود. مقتضی است پرونده های مذکور ظرف ۴۸ ساعت تا یک هفته به مدارک پزشکی عودت داده شود.

۱۴- مدارک بیمارستان از جمله مدارک پزشکی که برای استفاده بیمار ، پزشک و بیمارستان نگهداری می شود ، جزء مایملک بیمارستان محسوب می شود .

در ادامه به توضیح و بررسی برخی از موضوعات مرتبط با سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی می پردازیم.

اهمیت محرمانگی مدارک پزشکی

اطلاعات موجود در پرونده پزشکی، باعث تداوم مراقبت بیمار توسط ارائه کننده مراقبت می شود. همچنین اساس طرح ریزی مراقبت بیمار، مستند سازی ارتباط بین ارائه کننده مراقبت با سایر متخصصان بهداشتی سهیم در مراقبت بیمار و حمایت از بیمار و ارائه کننده مراقبت در موارد قانونی می باشد. یک اصل مهم در اخلاق و فعالیت های موثر پزشکی، احترام به محرمانه سازی اطلاعات بیمار می باشد. این مساله محرمانگی حریم خصوصی بیمار را تضمین می کند.

حمایت از اصول محرمانگی، احترام به استقلال بیمار می باشد، یکی از این اصول، بر حق بیمار برای کنترل زندگی شخصی خود تاکید دارد.

مالکیت کنترل اطلاعات بهداشتی

پزشکان یا موسساتی که گردآوری و ثبت اطلاعات بیمار را بر عهده دارند، مالک این اطلاعات ثبت شده و مسئولیت حفظ یکپارچگی و محرمانه سازی این ثبوتات را دارند. در همین زمان، افراد نیز حق کنترل استفاده از اطلاعات بهداشتی محرمانه خود را (از طریق رضایت یا مجوز) دارند. در زمینه قانون نیاز به رضایت قبل از افشاء و استفاده از اطلاعات، استثنایی هایی دارد. این استثناها به طور اولیه شامل: نظارت بهداشت عمومی (برای مثال در پیگیری بیماریهای واگیردار) و برای اهداف تحقیقاتی بهداشتی خاص، از قبیل:

مطالعات اپیدمیولوژیکی که به جمعیت زیادی که تحت نظارت نزدیک هیات بررسی رسمی که مسئول حمایت از شخصیت و حریم خصوصی افرادی که پرونده های آنها استفاده می شود، نیاز دارد.

چه کسانی مجاز به دادن رضایت نامه برای افشاء اطلاعات هستند؟

- ۱- بیمار: اگر دارای صلاحیت باشد.
- ۲- والدین یا قیم قانونی: در صورت عدم صلاحیت یا صغیر بودن بیمار.
- ۳- مدیر یا وارث دارایی بیمار: اگر بیمار فوت کرده باشد.

رضایت باید با آرایه اطلاع کافی به بیمار همراه باشد. برای آرایه رضایت از دیدگاه اخلاقی، بیمار باید شرایط زیر را داشته باشد:

۱- آگاهی کافی

۲- صلاحیت برای آرایه رضایت

۳- تصمیم‌گیری داوطلبانه

افشاء بدون رضایت

ارائه‌کننده مراقبت یا موسسه مراقبت بهداشتی ممکن است در بعضی موارد بدون رضایت و اجازه بیمار اقدام به افشاء اطلاعات مراقبت بهداشتی بیمار می‌کنند. تعدادی از این وضعیت‌ها شامل: احتمال سوءاستفاده از کودکان، بیمارهای واگیردار،....

محرمانگی در منشور حقوقی بیمار

در منشور بین‌المللی حقوق بشر، حق سلامت تحت عنوان «داشتن بالاترین استاندارد قابل حصول از سلامت جسمانی و روانی» تعریف شده است. این حق وظیفه‌ای را برای دولت‌ها در جهت ارتقاء و حمایت از سلامت افراد و جامعه شامل توسعه مسئولیت، پشتیبانی از سلامت و تضمین کیفیت مراقبت‌های سلامت ایجاد می‌نماید.

بیماری که در اثر صدمات جسمی و روحی به یک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه می کند دارای حقوقی شرعی و قانونی است امروزه بیماران در نتیجه ارتباطات نسبت به گذشته آگاهی بیشتری در مورد خدمات پزشکی و حقوقی خود کسب کرده اند و خواسته ها و انتظارات جدیدی را مطرح می کنند.

قوانین و بخشنامه های مرتبط

برابر مصوبات قانونی کشورها ، از جمله ایران افشای اسرار بیمار منع شده است. مطابق ماده ۱۰۶ قانون تعزیرات مصوب سال ۱۳۶۲ ، "پزشکان ، جراحان و ماماها و دارو فروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حره خود محرم اسرار می شوند هرگاه در غیر مواردی که بر حسب قانون ملزم باشند، اسرار مردم را فاش کنند، به شلاق تا ۷۴ ضربه محکوم می شوند".

در زمینه واگذاری اطلاعات پزشکی طی بخشنامه ۶۹/۴/۷/-۶۹ معاونت دادرسی عمومی تهران خطاب به معاونت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی درخواست کرده است که ترتیبی اتخاذ گردد تا با ذکر مقررات موار ۱۰۱ آیین دادرسی کیفری و ۴۲ قانونی تعزیرات به کلیه بیمارستان های دولتی و خصوصی دستور داده شود نسبت به ارسال پرونده های مورد مطالعه پلیس قضایی سریعا اقدام کند.

در بخشنامه ۶۴/۴/۱۶ که از طرف سرپرست سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران خطاب به روسای بیمارستان ها صادر گردیده دستور داده شده تا در مواردی که بازرسی برای مطالعه پرونده بالینی و یا بررسی وضع بیماران بستری در آن بیمارستان مراجعه می کنند باید دارای معرفی نامه از نهاد مربوطه و حکم دادستان مربوطه (در صورتی که از طرف نهادهای مختلف مراجعه کرده باشند) نیز دارای کارت مخصوص بازرسی از مراکز درمانی با ابلاغ ماموریت از مسئول وزارتخانه بوده (در صورتی که از طریق وزارت بهداشت ، درمان و آموزش

پزشکی مراجعه کرده باشند.) "ضمناً" بازبینی از مراکز درمانی با ابلاغ سرپرست نظام پزشکی و یا دادستان انتظامی آن سازمان انجام بپذیرد و بازرس مربوطه حتماً باید پزشک باشد.

در قانون کیفری ایران ماده ۶۴۸ مجازات اسلامی درباره وظایف پزشکان چنین میگوید:

"اطباء و جراحان و ماماها و دارو فروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار میشوند هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محسوب میشوند"

بنابراین مدارک پزشکی انعکاس دهنده تقابل بین پزشک و بیمار می باشد و در هر ارتباطی این پرونده نشان دهنده علت مراجعه بیمار، یافته ها و اقدامات انجام گرفته می باشد. همچنین مدارک پزشکی مهم ترین منبع تحقیقات و آموزش در پزشکی است و دارای ارزش قانونی در مراجع قضایی است.

داده های موجود در متن پرونده پزشکی به عنوان یک منبع موثق جهت ارزیابی عملکرد سازمان و متخصصان بهداشتی درمانی استفاده می گردد. زیرا این اسناد و مدارک به دلیل دارا بودن جزئی و تفصیلی ترین اطلاعات مربوط به فرایندهای جاری در طول اقامت بیمار، می تواند به عنوان یکی از شاخص های ارزیابی کننده کیفیت مورد توجه قرار گیرند.

بنابراین با توجه به کاربرد گسترده و اهمیت مدارک پزشکی، مدیریت مدارک پزشکی باید با درایت و تشخیص موقعیت نسبت به در اختیار گزاردن پرونده بیمار با بینش عالمانه درست عمل نماید .

خط مشی های افشای اطلاعات برای بیماران

انجمن بیمارستانهای آمریکا در مورد حقوق حقه بیمار توصیه نموده است:

"بیمار حق دارد اطلاعات کاملی درباره تشخیص بیماری خود، درمان و پیش بینی های بعمل آمده از پزشک معالجش بدست آورد." هنگامیکه از نظر پزشکی صلاح نیست که چنین اطلاعاتی به بیمار داده شود اطلاعات باید در دسترس فرد مناسبی که از طرف بیمار تعیین شده قرار گیرد. "حق دسترسی بیمار به پرونده اش، هیچ تضادی با حقوق بیمارستان نسبت به پرونده و ایجاد دستورالعمل هایی برای دسترسی بیمار به پرونده اش ندارد. پزشک معالج باید از درخواست بیمار جهت دسترسی به پرونده اش مطلع شود، چنانچه پزشک معالج تشخیص دهد که اطلاعات مدارک پزشکی برای سلامتی جسمی و روانی بیمار مضر است، اطلاعات باید در فرمی که اثر مضر را بر روی بیمار به حداقل برساند، ارائه شود. هنگامیکه دسترسی بیمار به اطلاعات مدارک پزشکی از نظر پزشکی صلاح نباشد پزشک مسئول باید مدارک پزشکی را مرور نموده و اطلاعات مقتضی را افشاء کند. با توجه به استانداردهای فوق و نیاز بیمارستانهای کشور به استانداردهای ملی در این زمینه، موارد زیر پیشنهاد می گردد:

بر روی پوشه مدارک پزشکی، نکاتی نوشته شده است که باید توسط کلیه استفاده کنندگان از مدارک پزشکی رعایت گردد لذا جهت جلوگیری از افشای غیر مجاز مدارک پزشکی، لازم است که توصیه زیر به نکات اضافه گردد:

به علت محرمانه بودن اطلاعات مدارک پزشکی، افشاء مجدد این اطلاعات توسط استفاده کنندگان برای سایرین ممنوع می باشد .

جهت رعایت حقوق محرمانه بیمار و جلوگیری از افشای مجدد اطلاعات مدارک پزشکی توسط پرسنل موسسه درمانی، لازم است جریمه هایی از جمله توبیخ شفاهی، توبیخ کتبی، تعویق ترفیعات بعدی، کسر حقوق و یا عدم موافقت با پاداش و اضافه کاری پرسنل خاطی، توسط مسئولین بیمارستانها برای متخلفین وضع گردد. کلیه بیمارستانها باید ملزم به استفاده از برگه های استاندارد پذیرش که در پشت آن فرم اجازه نامه افشای اطلاعات بیمار چاپ شده است گردند و به هنگام پذیرش بیمار، از وی اجازه افشای اطلاعات مدارک پزشکی دریافت گردد. به فرم اجازه نامه افشای اطلاعات بیمار که در پشت برگه های استاندارد پذیرش چاپ گردیده است، لازم است که موارد زیر اضافه گردد:

الف) نام شخص یا موسسه دریافت کننده اطلاعات

ب) هدف از دریافت اطلاعات توسط متقاضی

ج) نوع اطلاعاتی که افشا می شود

د) تاریخ دقیق انقضای اعتبار اجازه نامه

بیمار حق دارد اطلاعات کاملی از مدارک پزشکی اش با اطلاع و موافقت پزشک معالجش بدست آورد لذا برای جلوگیری از بروز مشکلات بخصوص بهنگام عدم حضور پزشک معالج در بیمارستان، لازم است که نکات زیر بر روی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص بیمار قید گردد:

- به دلایل پزشکی، بیمار مجاز به دسترسی مدارک پزشکی خود نیست.
- بیمار مجاز به دسترسی مدارک پزشکی خود می باشد .

بنابراین به هنگام ترخیص بیمار، پزشک معالج باید یکی از مربع ها را علامت گذاری نموده و عملاً مسئول بخش مدارک پزشکی به هنگام درخواست بیمار برای دسترسی به مدارک پزشکی میتواند با توجه به نظریه مکتوب پزشک معالج بیمار در این مورد تصمیم گیری نماید . بیمار بایستی در هر زمانی بتواند با تایید پزشک معالج، کپی مدارک پزشکی خود را دریافت کند.

انواع واگذاری اطلاعات

۱- واگذاری مستقیم اطلاعات مراقبت بیماران

- در صورتی که در داخل موسسه اطلاعات بیمار جهت درمان یا کمک به تشخیص مورد نیاز باشد، دیگر نیازی به کسب اجازه مجدد از بیمار نیست.

- در صورت نیاز دیگر موسسات به اطلاعات مراقبتی مستقیم بیمار مثل موسسات پرستاری یا یک بیمارستان دیگر که معمولاً بین بیمار و آن موسسه موافقتنامه ای جهت انتقال وجود دارد جهت انتقال اطلاعات کسب اجازه از بیمار لازم نیست.

- در صورت عدم توافقنامه اجازه مکتوب بیمار جهت واگذاری اطلاعات به سایر موسسات ضروری است مگر اینکه بیمار در حالت اورژانس باشد (سطح پائین هوشیاری)

۲- واگذاری اطلاعات برای پایش یا بهبود کیفیت

- مساله واگذاری اطلاعات در این حیطه نیازی به کسب اجازه بیمار ندارد چرا که مدیریت کیفیت یک استفاده غیرشخصی از اطلاعات است. اعضا کمیته علاقمند به دانستن اینکه کدام بیمار؟ نیستند بلکه به کیفیت خدمت ارائه شده می اندیشند.

تبصره ۱: پذیرش تمامی درخواستهای مدیران کیفیت پذیرفته شده نیست و فقط آن درخواستهایی که در چهارچوب وظایفشان در قبال پاسخگویی به تضمین کیفیت است، محدود می شود.

۳- واگذاری اطلاعات به منظور اهداف آموزشی و تحقیقاتی

- دانشجویان بایستی حتماً توافقنامه رعایت محرمانگی اطلاعات را امضا نمایند.

تبصره ۱: در استفاده از این اطلاعات جهت آموزش نباید قسمت مشخصات هویتی بیماران مشخص باشد مگر این که اجازه بیمار کسب شده باشد.

تبصره ۲: بایستی روشهایی برای رسیدگی به صحت و سقم درخواست دانشجویان فراهم شود که معمولاً تایید سوپروایزر آموزشی یا استاد مربوطه است.

۴- واگذاری اطلاعات به منظور اهداف مدیریتی

- فعالیتهای داخلی که عملکرد روزانه موسسه را ساپورت می کند و از طرف دیگر با مراقبت مستقیم بیمار، حسابداری و مدیریت کیفیت ارتباط دارد را شامل می شود.
- به عنوان مثال ممکن است اطلاعات خاصی از یک بیمار برای رسیدگی به یک شکایت لازم باشد یا وکلای قانونی موسسه برای دفاع از موسسه نیاز به یک پرونده داشته باشند، دسترسی به این موارد بدون اجازه بیمار مشکلی ندارد.
- تمامی این درخواستها باید از کانال بخش HIM انجام و پیگیری گردد.

۵- واگذاری اطلاعات به وکلا

- اجازه مکتوب از بیمار یا نماینده قانونی وی یا یک احضاریه معتبر برای واگذاری اطلاعات ضروری است.
- مشاورین حقوقی بیمارستان برای دسترسی به اطلاعات نیازی به رضایت نامه ندارند.
- بایستی رضایت نامه از نظر تاریخ، مطابقت امضاء و دسترسی به چه قسمت هایی از اطلاعات به دقت مورد بررسی قرار گیرند.

۶- واگذاری اطلاعات برای پرسنل و آژانس های قانونی

• اطلاعات هویتی را می توان با ارائه کارت شناسایی در اختیار پلیس قرار داد ولی اطلاعات محرمانه بیمار را فقط با اجازه کتبی بیمار، موارد قانونی و احضاریه دادگاه به آنها واگذار نمود.

• در مواردی که پزشکی قانونی نیاز به دسترسی به اطلاعات پرونده بیماری پس از مرگ جهت روشن شدن موضوع دارد، نیازی به اجازه واگذاری از خویشاوندان و نماینده قانونی وی نمی باشد.

۷- واگذاری اطلاعات به اعضا خانواده در مواردی که بیمار به سن قانونی نرسیده است

• در مواردی بیمار با درگیری تحت درمان قرار می گیرند و یا هنگامی که مراقبت از والدین سلب شده است، اجازه واگذاری به والدین و یا نمایندگان قانونی آنها را ندارند.

• در موارد طلاق و جدایی تصمیم واگذاری اطلاعات بر عهده والدی است که قیم کودک است و دیگری اجازه دسترسی به اطلاعات را ندارد مگر اینکه یکی از والدین این اجازه را در دادگاه داده باشد.

• در مورد کودکان بی سرپرست یا عدم صلاحیت والدین اجازه واگذاری اطلاعات فقط به سرپرستان جدید آنها امکانپذیر می باشد.

۸- واگذاری اطلاعات به اعضا خانواده در موارد عدم کفایت یا عدم صلاحیت بیمار به نماینده قانونی وی داده می شود.

• تشخیص عدم صلاحیت باید به صورت قانونی باشد

- در مواردی که عدم صلاحیت موقتی است موسسه های مراقبت بهداشتی باید احساسات متداول، قضاوت خوب و بعضی از موانع در مشترک نمودن اعضاء خانواده در اطلاعات را در نظر داشت. البته با احتیاط و واگذاری نه همه اطلاعات با جزئیات

- در موارد عدم صلاحیت مداوم و یا طولانی با تعیین یک محافظ قانونی به عنوان موکل از طریق روند دادگاه می باشد.

۹- دسترسی بیماران به اطلاعات بهداشتی شخصی

- سازمان مراقبت بهداشتی مالک فیزیکی پرونده است.
- بیماران با وجود تمام موانع اجازه مرور اطلاعات خود را دارند.
- بعضی محدودیتها برای این دسترسی در بعضی ایالتها تعریف شده است.
- بیمارستانها نباید جهت انجام درخواست بیماران مانع تراشی نمایند.
- متخصصین HIM بایستی اطمینان یابند که سیاست موسسه همگام با قوانین کشوری است.
- بعضی قوانین ایالتی دسترسی به پرونده های روانی را به شدت محدود می کنند.

۱۰- موارد واگذاری مجدد اطلاعات

- یک بیماری که اجازه افشا اطلاعات وی را به دیگر قسمتهایی مثل بیمه ها می دهد کنترل این اطلاعات در خارج از موسسه مطرح می شود . گرچه سازمان مسئولیتی در قبال واگذاری و سوءاستفاده از اطلاعات در سطوح سوم را برعهده ندارد اما موظف به آگاه سازی آنها نسبت به افشاء اطلاعات هستند و معمولا با عبارت استفاده مجدد ممنوع همراه است.

- یکی دیگر از موارد افشا اطلاعات در شورای اطلاعات پزشکی است این بانک داده شامل اطلاعات میلیونها فردی است که در بین هزاران عضو بیمه به اشتراک گذاشته است، هدف این بانک هشدار بیمه ای مربوط به تاریخ اعتبار بیمه نامه بیماران است.

۱۱- واگذاری اطلاعات در موارد بیرون سپاری خدمات نگهداری مربوط به فعالیتهای HIM

قراردادهای کپی پرونده ها و قراردادهای مربوط به میکروفیلم پرونده های قدیمی، عکسبرداری از پرونده های قدیمی به منظور دیجیتالی نمودن آنها برای ذخیره و انجام آوانویسی پزشکی از این موارد است. گرچه این سرویسها همگی جنبه مالی دارند، استفاده از آنها خطرات افشاء اطلاعات را ممکن است در پی داشته باشد.

- باید تمهیداتی جهت محرمانگی، امنیت و نگهداری اطلاعات بهداشتی در این موارد اتخاذ نمایند.

- از بین بردن کپی پرونده ها در محل بیمارستان، در نظر گرفتن و حفظ امنیت و محرمانگی اطلاعات در قرارداد فی مابین

۱۲- واگذاری اطلاعات به رسانه های خبری باید با حفظ حریم خصوصی بیماران و رعایت حق محرمانگی باشد.

آشنایی با انواع رضایتنامه و مسایل قانونی مربوط به آن

رضایت نامه: امضای مدرکی است که بیمار قبل از تن دادن به هر گونه درمانی از کلیه خطرات عمل، راه های درمانی و جایگزین و خطرات آن توسط پزشک آگاهی پیدا کند

رضایت نامه تلویحی: انتخاب یک پزشک از بین سایرین (مراجعه بیمار به پزشک جهت درمان، نشانه ای از رضایت تلویحی اوست ولی کفایت نمی کند)

اظهاری شفاهی: گاهی لازم است قبل از انجام معاینه خاص، نوع و شیوه معاینه توضیح داده شود و شخص ثالثی حضور داشته باشد

اظهاری کتبی: وقتی اقدامات درمانی با ریسک بالایی همراه است و یا بیمار نیاز به بیهوشی دارد

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

* برای افراد نابالغ و محجورین و افراد مسنی که قادر به اداره امور خود نیستند، ولی یا قیم قانونی بیمار باید

رضایت نامه را مطالعه و امضا کند (طبق ماده ۴۹ قانون مجازات اسلامی (ق م ا)، فرد نابالغ فردی است

که به بلوغ شرعی نرسیده است ولی در اکثر کتب اخلاق پزشکی بلوغ قانونی - رسیدن به سن ۱۸ سال - مد

نظر است)

* برای تمام اقدامات درمانی که بر روی حقوق ناشی از ازدواج تأثیر می‌گذارد (مثل سقط جنین، هیستروکتومی، بستن لوله‌ها، تغییر جنسیت) رضایت همسر لازم است.

* در صورت احتمال وجود خطر جانی یا کودک‌آزاری پس از در جریان گذاشتن مراجع قانونی اقدام به درمان می‌کنیم (بدون اخذ رضایت)

* اگر پدر و مادر کودک متارکه کرده باشند کسی که حضانت فرزند را به عهده گرفته مسئول است و باید رضایت نامه را مطالعه و امضا کند.

رضایت در مورد اورژانس

اگر بیمار بالغ و هوشیار است رضایت از خود بیمار گرفته شود، اگر هوشیار نیست ولی فرصت فراخوان اطرافیان هست می‌توان از آن‌ها رضایت گرفت، اگر فرصت دسترسی به نزدیکان یا اطلاع قاضی کشیک نیز نیست، صورت جلسه‌ای تهیه و سه نفر پزشک دیگر زیر آن را امضا و اقدام می‌کنند، اگر امکان امضای سه پزشک نیست سایر پرسنل کادر پزشکی امضا دهند .

در موارد خیلی اورژانس نیاز به رضایت نیست .

مواردی که الزام به اخذ رضایت نامه نیست :

۱. معاینه متهمین و زندانیان

۲. معاینات دوره ای بهداشتی کارکنان صنایع غذایی

۳. معاینات بهداشتی دانش آموزان

۴. قرنطینه مرزی و مهاجران

چگونه رضایت نامه بگیریم:

رضایت نامه بایستی قابل فهم و ساده (فاقد اصطلاحات پزشکی) باشد و بیمار بدون هیچ اجباری با درک کامل محتوای آن بایستی امضا کند، ترجیحاً علاوه بر پزشک و بیمار فرد سومی به عنوان شاهد نیز رضایت نامه را امضا کند

مواردی که علی‌رغم اخذ رضایت نامه قصور پزشکی محسوب می‌گردد :

- محتویات رضایت نامه را بیمار درک نکرده باشد
- خطرات و عوارض درمان گوشزد نشده باشد
- فرم رضایت نامه توسط فردی فاقد صلاحیت، امضا شده باشد
- عمل غیر قانونی بوده باشد

مواردی از قانون مجازات اسلامی در ارتباط با اخذ رضایت نامه و برائت نامه :

بند دوم از ماده ۵۹ ق م ا: هر نوع عمل جراحی یا طبی و شروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود .

ماده ۶۰ ق م ا: چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانبی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد طبیب ضامن نمی باشد .

ماده ۳۱۹ ق م ا: هرگاه طبیبی گر چه حاذق و متخصص باشد در معالجه هایی که شخصاً انجام می دهد یا دستور آن را صادر می کند هرچند با اذن مریض یا ولی باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود، ضامن است .

ماده ۳۲۰ ق م ا: هرگاه ختنه کننده در اثر بریدن بیش از مقدار لازم موجب خسارت یا جنایت شود ضامن است گر چه، ماهر بوده باشد .

ماده ۳۲۱ ق م ا: هرگاه بیمار و دامپزشک گر چه متخصص باشد، در معالجه حیوانی هر چند با اذن صاحب او باشد موجب خسارت شود، ضامن است .

ماده ۳۲۲ ق م ا: هرگاه طبیب یا بیمار و مانند آن قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او یا از صاحب حیوان براءت حاصل نماید، عهده دار خسارت پدید آمده نخواهد بود.

شرایط احراز قصور پزشکی

۱. پزشک مسئول درمان باشد (بیمار به مطب یا درمانگاه مراجعه و تحت درمان قرار گرفته باشد)
۲. موازین علمی و فنی و پزشکی رعایت نشده باشد (پزشک در انجام وظیفه درمانی مرتکب سهل انگاری، بی مبالاتی یا عدم مهارت شده باشد)

۳. خطای پزشک منجر به ضرر و زیان شده باشد .

چند نکته

- هر پزشکی (هرچند حاذق و متبحر و با حسن نیت) ممکن است معالجاتش با موفقیت همراه نباشد .
- قصور پزشکی امری نسبی است و ممکن است پزشکان متبحر هم مرتکب قصور پزشکی پیش پا افتاده شوند .
- نمی توان از همه پزشکان انتظار معلومات و تجارب و عملکردی در یک سطح داشت .
- در پزشکی قانونی ابتدا صلاحیت پزشکان و کادر فنی مورد بررسی قرار می گیرد و سپس میزان مسؤولیت آن ها در صورت واقعه در نظر گرفته می شود.

روند رسیدگی به تخلفات پزشکی

- ۱- نظام پزشکی: در اینجا هر شاکی ولو این که فقط ناظر یک ماجرا بوده می تواند شخصاً به نظام پزشکی شهرستان مربوطه شکایت کند حتی در صورتی که شاکی از شکایت خود صرف نظر نماید موظف به رسیدگی پرونده می باشد ولی احکام صادره از سوی نظام پزشکی احکامی انتظامی است و جنبه کیفری ندارد .
- ۲- پزشک قانونی: پس از طرح شکایت توسط شاکی خصوصی در مراجع قضایی، پرونده جهت رسیدگی از دادگاه ها به پزشکی قانونی ارجاع و پزشکی قانونی پس از اخذ کلیه مدارک و توضیحات طرفین اقدام به صدور رأی می نماید که رأی صادره از جانب پزشکی قانونی می تواند منجر به صدور احکام کیفری از جانب دادگاه شود .

* گاهی پرونده ابتدا در نظام پزشکی مطرح و پس از تبرئه یا محکومیت انتظامی پرونده به پزشکی قانونی ارجاع شده است .

موارد پرداخت دیه (طبق ماده ۲۵۹ ق م ا)

بر اساس بند دوم ماده فوق قصور پزشکی (بی احتیاطی، بی مبالاتی، سهل انگاری، عدم مهارت) در حکم خطای شبه عمد بوده و در صورت احراز، پزشک بایستی دیه پرداخت کند.

الف) قتل یا جرح یا نقص عضو که به طور خطای محض واقع می شود و آن در صورتی است که جانی نه قصد جنایت نسبت به مجنی علیه را داشته باشد و نه قصد فعل واقع شده بر او را، مانند آن که تیری را به قصد شکاری رها کند و به شخص برخورد کند .

ب) قتل یا جرح یا نقص عضو که به طور خطا شبه عمد واقع می شود و آن در صورتی است که جانی قصد فعلی را که نوعاً سبب جنایت نمی شود داشته باشد و قصد جنایت را نسبت به مجنی علیه نداشته باشد مانند آن که کسی را به قصد تأدیب به نحوی که نوعاً سبب جنایت نمی شود بزند و اتفاقاً موجب جنایت شود یا طبیعی مباشر، بیماری را به طور متعارف معالجه کند و اتفاقاً سبب جنایت بر او شود .

راه های پیشگیری از شکایت دندان پزشکان

۱. رعایت اصول و اخلاق پزشکی (در قبال بیمار و همکاران)

۲. رعایت مسائل کنترل عفونت در مطب یا کلینیک

۳. توجیه و تفهیم کامل درمان به بیمار و مراحل درمانی و عوارض احتمالی
۴. کسب تاریخچه کامل پزشکی و دندان پزشکی در پرونده درمانی که به تاثیر و امضای بیماری یا ولی بیمار رسیده باشد .
۵. انجام آزمایشات و معاینات پاراکلینک مورد نیاز (رادیوگرافی ها و ...) و ضبط آن ها در پرونده
۶. رعایت اصول و ضوابط علمی و قانونی در نسخه نویسی و گواهی نویسی
۷. حفظ خونسردی و تسلط بر رفتار و گفتار در برخورد با مراجعین
۸. پذیرش بیماران در حد مهارت و تخصص خود
۹. عدم ایجاد توقع بی مورد و بیش از انتظار در بیماران
۱۰. ارایه طرح درمانی متناسب با وضعیت اقتصادی، سن، وضعیت دهان، بیماری های سیستمیک و ...

آشنایی با مستند سازی عمومی

از آن جایی که در عصر کنونی ما پیشرفت های شگرفی در زمینه فن آوری اطلاعات و ارتباطات صورت گرفته این عصر انفجار اطلاعات نام گرفته است . امروزه منابع اطلاعاتی از جایگاه خاصی برخوردار می باشد . مدیریت این منبع ، مدیریت یک منبع استراتژیک محسوب می شود . با این اوصاف برنامه ریزی در هر زمینه ای مستلزم وجود داده ها و اطلاعات مستند شده می باشد .

این داده ها و اطلاعات ثبت شده تحت گروه های کنترل کیفیت چک می شوند تا بتواند مستند اتی قوی و قابل اطمینان را در دسترس کاربران قرار دهند .

مستند سازی چیست؟

یکی از ارزشمندترین ابزارهای مهم جهت کسب تجربه در علم پزشکی، ثبت داده هاست. ثبت این یادداشت ها نقش مهمی در پیشگیری و مراقبت از بیمار و بهبود روابط بین پزشک و سایر گروه هایی که در امر مراقبت و درمان از بیمار سهیم هستند، دارد. هم چنین این مدارک اسنادی قانونی می باشد که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان بیماری ثبت می شوند. این مدارک، پرونده حقوقی اولیه ای هستند که خدمات مراقبتی ارائه شده به بیمار را به صورت داده و اطلاعات در خود مستند می کند.

داده:

مجموعه عناصر مربوط به یک موضوع، حقایق در اشکال خام موجود در یک متن، ویا مفاهیمی که می توان آنها را به صورت دستی یا کامپیوتری گردآوری کرد .

اطلاعات:

اطلاعات عبارت است از داده هایی که به صورت دستی یا کامپیوتری و به شیوه ای معنادار پردازش شده اند. هدف از پردازش داده ها ارزش دارکردن آن ها برای کاربران میباشد. این داده ها باید به صورت ساختمانند بین کاربران به اشتراک گذاشته شوند. تنها راه به اشتراک گذاری این داده ها مستند سازی به موقع و صحیح آنها می باشد .

مستند سازی در سیستم های ماشینی :

از آنجایی که امروز پرونده ها به سمت الکترونیکی شدن پیش می روند، برای پرونده های کامپیوتری نیز باید سیاست ها و دستور العمل هایی به قصد رویایی این فرآیند در هنگام تعیین خطا یا درخواست اصلاح تا انجام اصلاح یا اجتناب از آن وضع گردد. و ثبیتات اصلاح شده به همراه اصلاحات آن باید به آسانی قابل روئیت باشد .

در یک سیستم کامپیوتری پرونده پزشکی یک یادداشت هشدار دهنده در مورد وضعیتهای پزشکی از قبیل: واکنشهای حساسیتی و دارویی، باید به طور بارز و برجسته بر روی پوشه یا جای مشخص از پرونده موجود باشد

پرونده ی الکترونیکی سلامت با توجه به حجم بالای مراجعه کنندگان موسسات مراقبت بهداشتی به کارگیری فن آوری جدید اطلاعاتی و ارتباطی بیش از پیش احساس می شود. در نتیجه EHR جایگزین پرونده کاغذی شده است و به عنوان منبع اولیه اطلاعات مراقبت بیمار ارائه خدمت می کند و تکنولوژی اطلاعات اجازه هر چه بیشتر جمع آوری و پردازش داده ها را می دهد .

مستند کردن داده ها به صورت الکترونیکی و استفاده از ابزار حمایت از تصمیم گیری بر اساس EHR ارائه خدمات را مدیریت می کند. EHR می تواند عیوب اصلی سیستم کاغذی متداول و سنتی را از طریق اصلاحات در قابلیت دسترسی، صرفه جویی در هزینه و کیفیت مستند سازی برطرف کند، به این منظور مؤسسات مختلفی مسئول استانداردهای حساس EHR در سطح جهانی می باشند. ISOTC215 استاندارد هایی برای نیازهای EHR تولید کرده و استاندارد های معینی را از دیگر سازمان های استاندارد قبول کرده است. مثلا در کانادا Conada Health Infaway/ برای تسریع توسعه و به کارگیری سیستم های اطلاعات سلامتی الکترونیکی استاندارد به منظور اعتبار بخشی داده ها مسئول قرار داده شده است .

استاندارد مفهومی است که نشانگر انسجام توانایی های فکری، علمی، فنی و فرهنگی جامعه می باشد و عبارت است از متحدا شکل کردن به طریق قابل قبول. استاندارد ها موجب تسهیل تولید، اشاعه و مصرف اطلاعات می شوند و با حذف متغیرهای بی ارزش و غیر ضروری سبب صرفه جویی در وقت و هزینه می گردند .

در بسیاری از کشورها برای نیل به استاندارد سازی داده ها گامهایی جهت ایجاد حداقل مجموعه داده ها و دیکشنری داده ها برداشته شده است. MDS مجموعه اصلی از عناصر اطلاعاتی است که توسط گروه های اطلاعاتی بهداشت ملی به منظور گردآوری و گزارش دهی الزامی در سطح ملی توافق شده است.

MDS متکی بر توافق ملی از لحاظ گردآوری یکسان داده های سودمند می باشد و به عنوان بخشی از گردآوری ملی به حساب می آید .

مستند سازی به صورت الکترونیکی قوانین خاص خود را دارد . مثلا در سیستم HIS بیمارستان مکان کامپیوتر در مستند سازی صحیح تأثیر بسزایی ایفا می کند. به عنوان مثال در کنترل سیستمها لازم است مکان آن کنار تخت بیمار باشد با این حال برای ثبت شرایط و وضعیت بیمار این محل مناسب نیست. مستند ساز باید ثبیتات فرد را دور از چشم بیمار در جایی که امنیت بیشتر است مستند کند .

منبع اطلاعات ممکن است محلی یا خارجی باشد و یا از یک دستگاه کنترل بیمار، از تلاشهای پزشکی از راه دور باشد .

بررسی تحقیقات گسترده و مصاحبه با افرادی که در برنامه های پزشکی از راه دور فعالیت می نمایند نشان داد که در این خصوص استاندارد هایی توسط کمیسیون مشترک اعتبار بخشی سازمان بهداشتی و سازمان های دیگر در آمریکا تدوین شده است. در این خصوص انجمن مدیریت اطلاعات بهداشتی در امریکا حداقل های محتوای مدارک پزشکی از راه دور را به شرح زیر اعلام کرده است : نام بیمار، شماره شناسایی، تاریخ ارائه خدمت، پزشک ارجاع دهنده، پزشک مشاور، موسسه ارائه کننده خدمت، نوع ارزشیابی انجام شده، رضایت نامه، نتایج ارزشیابی، تشخیص یا نظریه، توصیه برای درمان های بعدی .

۳- اهمیت مستند سازی :

اهمیت مستند سازی در درمان:

سازمان بهداشتی ملی انگلستان (۲۰۰۲) اهمیت ثبت اطلاعات مراقبتی را چنین توصیف می کند: اطلاعات برای NHS هم چون خون برای بدن حیات بخش است و به منظور ارائه مراقبت بهداشتی با کیفیت، آن اطلاعات

وقتی سودمند است که همان بار اول به دقت و درست ثبت شده باشد. به طور منظم روز آمد شود و در صورت نیاز به راحتی قابل دسترسی باشد. و به علاوه بتوان از آن برای سیاست گذاری مراقبت بهداشتی، قانون گذاری، اعتبار سنجی و اصلاح مراقبت بهداشتی استفاده کرد (۵). به منظور داشتن مستند سازی با کیفیت بالا باید جمع آوری داده و اطلاعات و هم چنین تولید گزارشات مورد توجه قرار می گیرد .

مدیریت موثر اطلاعات مراقبتی موجب می گردد تا از سودمندی اطلاعات در جنبه های زیر اطمینان حاصل شود :

- پشتیبانی مراقبت بیمار و تداوم مراقبت و کاهش خطرات درمانی .
- حمایت از فعالیت های مشارکتی روزانه که پشتوانه ای برای ارائه مراقبت است .
- پشتیبانی از پزشکی مبتنی بر دلیل.
- برطرف کردن الزامات قانونی از قبیل آن چه که مربوط به ذخیره سازی ، اداره کردن و احیاء پرونده هاست .
- پژوهش های کلینیکی و خدمات بهداشتی و نتایج مداخلات مراقبت بهداشتی .
- کمک به ممیزی های پزشکی و سایر ممیزی ها .
- پشتیبانی پیشرفت ها از لحاظ اثر بخش کلینیکی از طریق پژوهش .
- فراهم نمودن ادله ی منطقی در برابر ادعای شرکت بیمه .

داده های مراقبت بهداشتی وقتی درست به موقع مستند شوند و قابل دسترسی باشند نقش اساسی در برنامه ریزی توسعه و پشتیبانی خدمات بهداشتی ایفا می کنند. بهبود کیفیت داده ها و توزیع به موقع آن در صورتی که موسسات مراقبت بهداشتی بخواهند مراقبت را در سطحی بهینه حفظ کنند، ضرورت دارد. داده های مراقبت بهداشتی برای مراقبت کنونی و آتی بیمار فراهم می گردد و به عنوان یک گزینه ی ، مهم در امر مراقبت با کیفیت دخالت دارد و همچنین تداوم مراقبت و بررسی میزان بهره برداری از منابع در گرو وجود پرونده پزشکی است .

اهمیت مستند سازی در پژوهش :

از اهداف اولیه نظام اطلاعات بهداشتی و مدارک پزشکی، ارائه اطلاعات کامل، معتبر، مناسب، کافی و به موقع برای مدیران بیمارستان ها، پزشکان، پزشکی قانونی، نظام پزشکی و تحقیقات و پژوهش های علمی برای کادر پزشکی، اعضای هیئت علمی، کادر پیراپزشکی و دانشجویان است. بر این اساس که رعایت قوانین مستند سازی برای مستند سازان پزشکی بالاخص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده ایی برخوردار است و کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار اعم از بیماری های فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان با استفاده از این قوانین به درستی ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.

اهمیت مستند سازی در بازپرداخت:

اطلاعات و داده های مستند شده در پرونده پزشکی ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت برای بیمار، پیشگیری از بیماری، و ارتقاء سلامتی و بهداشت است. هم چنین در آماده سازی آمارهای خدمات بهداشتی در راستای ارزیابی کارایی و اثر بخشی کمک می کند و در مورد درمانها و خدمات مراقبتی ارائه شده به بیمار گواه محکمی است که فرآیند آموزش پزشکی، خدمات بهداشتی و پژوهش بالینی را پشتیبانی می کند و برای جبران هزینه های مربوط به خدمات مراقبت بهداشتی مستنداتی فراهم می نماید.

بسیاری از داده ها در مراقبت های بهداشتی همچون، تشخیص ها، داده های مربوط به شرح حال بیمار و... به صورت متن آزاد ارائه و مستند می شود. این امر منجر به پیدایش لیستی بی پایان از حالت های ممکن می گردد. قواعد تبدیل این حالت ها از پرونده های پزشکی به طبقات مشخص و محدود همیشه نمایانگر کاهش داده هاست، این طبقات به راحتی برای کدگذاری تشخیص ها استفاده می شود

کد گذاری داده های بهداشتی درمانی ارتباطاتی پایدار و قابل پیش بینی میان کاربران برقرار می سازد. از داده های طبقه بندی شده ی کدبندی شده در تحقیقات توسعه بانک های اطلاعات، بررسی های آماری و در سیستم های خبره، استفاده می شود .

کد گذاری اصطلاحات پزشکی اثر مهمی بر تحلیل داده و کشف موارد دارد. ثبت کدهای ناهماهنگ و اشتباه میتواند بعضی تشخیص های اصلی را پنهان کند و بر تفکر محتوای پرونده اثر گذارد، به طوری که تشخیص های فرعی جایگزین تشخیص اصلی در پرونده می شود

گروههای وابسته ی تشخیصی به منظور پرداخت هزینه، تحت سیستم باز پرداخت آینده نگر طبقه بندی می شوند . اگر اطلاعات اشتباه مستند شوند و یا یک واژه با کیفیت پایین ثبت شود کد دهنده به بهترین حدس خود برای آن واژه کد می دهد. در این صورت امکان دارد ترتیب کدهای اصلی و فرعی را اشتباه مشخص کنند در این صورت DRG هم اشتباه می شود و هر DRG دارای یک ارزش نسبی است که منعکس کننده هزینه کلیه خدمات و تجهیزات مصرفی برای بیمار می باشد .

گرفتاری بزرگ در کدگذاری حرفه ای خصوصا در طول بستری، سختی ترجمه مستندات پزشکان به داده های DRG است، برخی بیمارستان ها تلاش می کنند کدگذاریشان را بهبود بخشند. در بسیاری از موارد مشکلات فرایند های بررسی و کدگذاری از مستند سازی نادرست توسط پزشکان ناشی می شود . مثلاگاهی اوقات بررسی ای که منحصر بر اساس معیارهای DRG باشد ممکن است پزشک را تشویق به ثبت تشخیصی که متناسب با تعالیم پزشکی نیست بکند و این منجر به خطا در پرداخت هزینه می شود . مشکلات در مستند سازی باعث کاهش درآمد جمع آوری شده به خاطر مشکلات در پرداخت و دوباره کاری می شود .

نقایص و اشتباهات در مستندسازی و ثبت داده ها مواردی بوده که می بایستی توسط ارائه دهندگان مراقبتی بهداشتی در جریان عادی امور در پرونده های بیماران به درستی و صحت کامل شده باشد .

به عنوان مثال:

چیزهایی ساده مثل اشتباه در نوشتن اسامی داروها و اقدامات رایج می تواند اثر بزرگی در تأیید صلاحیت داشته باشد. در یک مورد اخیر یک پرستار ۵۰۰۰ واحد هپارین تزریق کرده و در حالی که دستور پزشک ۲۵۰۰ واحد هپیرین بوده است در نتیجه بیمار دچار وضع بحرانی می شود این اشتباه در ثبت به عنوان دلیلی برای عدم صلاحیت به هیئت منصفه ارائه شد و وکیل صلاحیت پرستار را مورد تردید قرار داد .

۴- قوانین مستند سازی :

آن چه مسلم است کارکنان مدارک پزشکی در بررسی کفایت مستندات مدارک پزشکی بایستی از قضاوت درباره کیفیت مراقبتهای ارائه شده و ارزیابی آن خودداری نمایند. مستند سازی مدارک پزشکی پیرو اصول و قوانینی است که به واسطه رعایت این قوانین می توان پرونده های کامل و مستندی را تنظیم نمود و از اطلاعات آن با اطمینان و اعتماد استفاده نمود

فهرست زیر نمونه ای از الزامات مستندسازی را که توسط JCAHO جهت بیماران بستری و سرپایی تعیین شده را نشان می دهد .

بیمارستان باید برای هر یک از بیماران خود یک پرونده پزشکی ایجاد و حفظ نمایند .

فقط افراد مجاز می توانند مستند ساز پرونده های پزشکی باشند .

پرونده پزشکی باید حاوی اطلاعات کافی برای شناسایی بیمار، پشتیبانی، تشخیص، تعیین درمان، انعکاس دوره مراقبت و نتایج مراقبت باشد و جریان تداوم مراقبت را برای فراهم کنندگان مراقبت بهداشتی بهبود و استحکام بخشد .

- پرونده پزشکی باید جریان عمل جراحی یا سایر اقدامات و نیز به کار بردن بیهوشی را به طور کامل انعکاس دهد.

- تشخیص عمل جراحی باید قبل از انجام عمل توسط جراح مسئول ثبت شود .

- گزارش جراحی باید بلافاصله پس از عمل، نوشته شود و نام جراح اول و دستیارانش ثبت شود.
- همچنین این گزارش باید مشتمل بر یافته ها، اقدامات کلینیکی به کار رفته، نمونه بافتهای جدا شده از بدن و تشخیص بعد از عمل باشد .
- گزارش تکمیل شده ی عمل جراحی باید توسط جراح تائید و امضا شود و بلافاصله در پرونده بیمار جای گیرد.
- در صورتی که گزارش جراحی بلافاصله پس از انجام عمل در پرونده قرار نگیرد لازم است فوراً یادداشت پیشرفت سلامتی بیمار در فرم مربوط ثبت شود .
- مستندات مربوط به مراقبت بعد از عمل باید انعکاس دهنده ترخیص بیمار از اتاق بهبودی توسط فرد ذی صلاح و مطابق با معیارهای ترخیص باشد .
- رعایت معیارهای ترخیص باید به طور کامل در پرونده پزشکی مستند شود .
- بیمارستان باید در اسرع وقت گزارشات پرونده بیمار بستری و سرپایی یا اورژانس را سازماندهی کند .
- برخی از الزامات مستند سازی که از سوی JCAHO برای کادر پزشکی بیمارستان به شرح ذیل است:
- ملزم نمودن مستند سازان به امضا کردن و تاریخ مند نمودن ثبیتات خود.
- تعیین مهلت زمانی بعد پذیرش جهت ثبت شرح حال و معاینات بدنی.
- تصویب اختصاراتی که ممکن است در مستند سازی پرونده پزشکی استفاده شود و تعیین مواردی از اختصارات که ذکر آن ها در فرم نیاز به توضیح دارد. اختصارات مصوب در میان کلیه اعضای کادر پزشکی و سایر انتشار یابد (۵).

۵-ویژگی کیفی مستندات:

کیفیت داده ها نه تنها برای استفاده در فرایند مراقبت بیمار بلکه جهت پایش عملکرد مؤسسات و کارکنان بهداشتی نیز بسیار اهمیت دارد. داده هایی که گردآوری و عرضه می شوند باید درست ، کامل ، موثق ، خواناو

قابل دسترسی برای کاربران مجاز باشد. به هر حال به هنگام بحث درباره کیفیت داده ها منظور ویژگی ها و صفاتی است که داده ها یا اطلاعات حقیقی را تشکیل می دهند. کیفیت داده محصول مدیریت کیفیت داده میباشد.

برخی از جنبه های قانونی مدارک پزشکی:

۱. مالکیت مدارک پزشکی با بیمارستان و مالکیت اطلاعات آن با بیماران است.
۲. اطلاعات بیمار محرمانه است و حتی در دسترس خود او نیز قرار نمی گیرد.
۳. موضوع محرمانه بودن با افشای راز مورد بررسی قرار گیرد.
۴. افشای راز پزشکی جز موارد کاملاً محدود آن هم به شکل خاص شرعا و قانوناً خلاف است.
۵. در تبادل علمی اطلاعات، محرمانه بودن آنها ضرورت چندانی ندارد.
۶. بیمارستان ها بر اساس قوانین کشوری تصمیم می گیرند که در چه مواردی اطلاعات بدون مجوز بیمار قابل تبادل است.
۷. افشای اطلاعات پزشکی فقط در موارد مجاز با اخذ رضایت کتبی از بیمار امکان پذیر است
۸. مبادله اطلاعات بین تیم مرتبط با درمان بیمار و هیات مدیره بیمارستان مجاز، ولی با سایر بیمارستانها با رضایت بیمار مجاز است.
۹. دسترسی خود بیمار به اطلاعات با اجازه پزشک معالج مجاز است.

مواردیکه پزشک مجاز به دادن اطلاعات نمی باشد :

والدین و خویشان بیمار بالغ، زمانیکه خود فرد رضایت نداشته باشد.

همسر بیمار ، شرکت های بیمه ، خویشاوندان فرد فوت شده ، فسخ نکاح و طلاق ، مظنون بازداشتی در بازداشتگاه پلیس

مواردی که افشای راز بیمار مجاز است عبارتست از:

۱- راضی بودن خود بیمار. اگر بیماری خودش از افشای رازش رضایت داشته باشد افشای آن دیگر اشکالی ندارد .

۲- منفعت بیمار. اگر در بعضی شرایط خاص منافع بیمار ایجاب نماید که راز وی آشکار شود، آشکار نمودن آن ممنوع نیست.

۳- احتمال جدی صدمه به دیگران. در مواردی که احتمال جدی خطر صدمه وجود داشته باشد افشای اطلاعات جهت حفظ بیمار یا دیگران از این خطر مجاز می باشد. برای مثال در بعضی جوامع در مواردی که از کودکان سوء استفاده جنسی شود و یا تهدیدات جدی درون خانواده ها وجود داشته باشد پزشک باید موارد فوق را علیرغم رضایت بیمار گزارش دهد.

البته باید توجه داشت که در این مواقع خطری که متوجه افراد شده است باید کاملاً جدی و واقعی باشد و احتمال وقوع این خطر هم بسیار متحمل و قریب الوقوع باشد. برای مثال وقتی بیماری آشکارا بیان میکند که تمایل به آسیب رسانی جدی به دیگران را دارد و احتمال انجام این آسیب بیشتر از انجام ندادن آن است پزشک باید این مسئله را اطلاع بدهد.

از سوی دیگر باید توجه داشت که راه دیگری جز نقض رازداری برای جلوگیری از صدمه به افراد وجود نداشته باشد و البته صدمات ناشی از نقض رازداری تا حد امکان کم و قابل قبول باشد. برای مشخص شدن تناسب بین صدمات ناشی از افشای راز و رازداری، باید شدت صدمه و احتمال وقوع آن بررسی شده و بر اساس صدمه وارده ناشی از این دو امر پزشک باید بنا به قضاوت خود عمل نماید در نهایت وقتی که پزشک به این نتیجه رسید که باید افشای راز نماید باید دو تصمیم دیگر نیز بگیرد .

الف- پزشک باید مسئله فوق را به چه کسی بگوید ؟

ب- چقدر از اطلاعات باید فاش شود ؟

به طور معمول، افشای راز فقط باید شامل اطلاعاتی باشد که برای جلوگیری از صدمه مورد انتظار ضروری است و فقط باید به کسانی که برای جلوگیری کردن از این صدمات به آن احتیاج دارند گفته شود و طوری باید عمل شود که حداقل صدمه و رنجش برای بیمار حاصل گردد، البته توصیه می شود که در صورتی که فرد تحت تعقیب نباشد یا فرار نکرده باشد قبل از افشای راز بیمار، مسئله با خود بیمار در میان گذاشته شود و سعی شود که حمایت و همکاری قبل از افشای راز جلب گردد و اگر هم حمایت و همکاری جلب نشد حداقل این مسئله که قرار است راز وی آشکار شود به اطلاع خود بیمار برسد.

۴- **الزامات قانونی.** در مواردی مثل انتشار گزارش موارد یک بیماری خاص مشخصات باید بدون ذکر نام بیمار یا مشخصات خاص او اصل رازداری رعایت نشود و بیماری گزارش شود تا از گسترش بیماری جلوگیری شود و چون مصالح عمومی در این موارد بر حق فرد ارجحیت دارد، علیرغم مخالفت بیمار می توان رازداری را نقض نمود. اینکه قانون در چه مواردی پزشکان را ملزم به افشای راز بیماران می نماید برحسب زمان و مکان و کشورهای مختلف بسیار متفاوت است. در بعضی جوامع گزارش مواردی مثل تولد- بیماری های عفونی مسری سقط، بیماری های شغلی و اعتیاد الزامی است و پزشکان آن کشورها باید الزامات قانونی کشور مطبوع را رعایت کنند. برای مثال در کشور انگلستان پزشک در صورتی که متوجه شود مسئله خیانت و تصمیم سوء قصد به جان ملکه و

خاندان سلطنتی وجود دارد و یا در مورد پیشگیری از تروریسم ملزم به افشای راز بیماران است. به هر حال پزشکان باید با توجه به قوانین جامعه ای که در آن زندگی می کنند از وظایف حرفه ای و قانونی خود مطلع شوند. ولی نکته قابل تأمل اینست که علیرغم تفاوت در قوانین کشورهای مختلف باید بدانیم که قوانین همیشه در حال تغییر هستند اما اخلاق پزشکی و فطرت انسانی انسان هاست که هیچگاه عوض نمی شود.

۴- **دستور دادگاه.** گاهی اوقات پزشک در مقام یک شاهد به دادگاه احضار می شود و درباره موضوعی که مورد نظر دادگاه است از وی به عنوان مطلع سؤال می شود. در این شرایط پزشک بر طبق قانون وظف است در جایگاه شهود حاضر شده و آنها ادای شهادت نماید هر چند که ارائه اطلاعات و افشای راز بیماران و بازگو نمودن آنها در شرایط معمول مشمول مجازات افشای سر حرفه ای است ولی چون فرض بر این است که قاضی و دادگاه هم امین این اطلاعات بوده و بدون جهت آن را افشا نخواهند کرد و این افشا با نظر حاکم شرع و در جهت احقاق حقی است که در نهایت به نفع مصالح عمومی و جامعه است. پاسخ گوئی به سئوالات دادگاه فقط در حد سئوالات طرح شده اشکال نخواهد داشت. همانطور که قبلاً ذکر شده این مسئله بر اساس قوانین جوامع مختلف متفاوت است مثلاً بر طبق قوانین دادگاه های بلژیک چنانچه پزشک یا کارشناسان بهداشتی معتقد باشند که علیرغم درخواست دادگاه برای ارائه اطلاعات بیمار باید سکوت کنند مجبور ساختن آنها به افشای راز بیماران ممنوع می باشد.

دسترسی توسط بیمار

بطور کلی بیمار حق دسترسی به پرونده خود و اطلاعات درون آن را دارد، ولی بیمار باید از طریق درخواست کتبی اطلاعات دریافت کند. وظیفه مهم کارمند بخش مدیریت اطلاعات سلامت این است که به بیمار در تعیین اینکه چه بخشهایی از پرونده واقعا مورد نیاز اوست، کمک کند. یک بیمار آپاندکتومی که درخواست دریافت

مدرک عمل خود را دارد در واقع به اوراق تمام پرونده نیاز ندارد و خلاصه ترخیص و گزارش جراحی ممکن است نیاز او را تامین کند.

به منظور کمک به بیماران برای دریافت خدمات درمانی در طول زندگی، تشویق آنها به دریافت آن بخشهایی از پرونده که واقعا ضروری است، گامی مهم است.

بعنوان مثال بیماران باید در بایگانی شخصی خود مدارک مراجعات مهم خود را به مراکز مراقبت سلامت از قبیل کپی هایی از گزارشات بیهوشی و احتمالا خلاصه ترخیص های جلسات بستری مهم خود را از ، مراکز درمانی بگیرند و نگهداری کنند. این مدارک به ثبت سوابق سلامت بیماران کمک می کند و در شرایطی که زمان زیادی از مراجعات قبلی آنها گذشته باشد، تداوم مراقبت را سهولت می بخشد. به یاد داشته باشید که مراکز درمانی برای امحای پرونده های قدیمی مجاز هستند و چنانچه آپاندکتومی بیمار ۳۰ سال قبل اتفاق افتاده باشد پرونده دستی مم کن است از بین رفته باشد و حفظ بایگانی شخصی از اطلاعات سلامت برای بیماران اقدامی معنی دار و ارزشمند است. برای تکثیر پرونده دستی و یا کامپیوتری بخشهایی از پرونده که نیاز به دسترسی دارند، باید از طریق تهیه فتوکپی از پرونده کاغذی، تهیه گزارش از کامپیوتر و یا چاپ از میکروفیش اقدام کرد.

درخواست های داخلی برای اطلاعات

برخی از درخواست های واگذاری اطلاعات بطور روزانه در داخل مرکز مراقبت سلامت انجام می شود موارد نسبتا متعددی وجود دارد که ممکن است توسط پرسنل مرکز و یا کمیته های بیمارستانی از قبیل کمیته بررسی بهره وری، بهبود عملکرد و بررسی های بالینی از قبیل بررسی موارد جراحی و کنترل عفونت درخواست واگذاری پرونده و اطلاعات شود. واگذاری روتین اطلاعات برای مراقبت بیمار باید با برخی ملاحظات همراه باشد. در مورد درخواست پرونده بیمار از طرف پزشک م علاج و یا پزشک مشاور نیز باید اطمینان حاصل گردد و کنترل های لازم صورت گیرد.

پرونده های حساس

دو نوع پرونده وجود دارد که نگهداری آنها از حساسیت بیشتری برخوردار است، یکی پرونده های درمانی کارکنان و دیگری پرونده هایی که دارای اقدامات قانونی است. شرایط قانونی و اقدامات حفاظتی مناسب باید برای کنترل این پرونده ها بصورت جداگانه از سایر پرونده ها ایجاد و اعمال گردد .

الف - پرونده های کارمندان بیمار

حفظ محرمانگی پرونده های کارکنان خصوصا در زمانی که بیماری مهمی دارند، مشکل است. در یک مرکز درمانی کوچک پرونده های دستی می تواند در یک بایگانی نسبتا قابل کنترل و ایمن نگهداری شود، ولی در یک مرکز درمانی بزرگ این کار نسبتا مشکل است و تقریبا غیر عملی است . بنابراین سیاستها و اقدامات مرکز باید شامل هشدار ویژه در رابطه با حساسیت اطلاعات درمانی مربوط به کارکنان باشد.

ب - پرونده های قانونی

پرونده هایی که جهت داد خواهی بیمارستان، پرسنل بیمارستان و یا پزشک معالج مورد استفاده قرار می گیرند ، برای نگهداری آنها باید ملاحظات خاصی مورد توجه قرار گیرد. به محض دریافت اختاریه درباره یک پرونده باید تلاش لازم به منظور ارائه آن پرونده ها انجام شود و اقدامات خاصی نیز برای محافظت از این پرونده ها در محل های خاص و غیر قابل دسترس سایر افراد بجز پرسنل مجاز باید اعمال گردد .

چنانچه امکان داشته باشد، پرونده ها باید در کمد قفل دار بایگانی و نگهداری شود و کپی پرونده ها جهت بررسی و ، بحث ارائه گردد، در عین حال پرونده های اصلی نباید از دایره مراقبتی پرسنل بخش مدیریت اطلاعات سلامت خارج شوند. در چنین مواقعی وسوسه های زیادی برای ایجاد تغییر در این پرونده ها ممکن است ، مطرح شود. محافظت پرونده ها به روشی که در بالا ذکر شد متضمن حفظ پرونده ها در قبال این وسوسه ها می شود و امنیت و در دسترس بودن پرونده ها را برای صورت جلسات قانونی تامین می کند.

نحوه ارائه اطلاعات به متقاضیان مدارک پزشکی

متخصصین مدارک پزشکی باید مدیران اطلاعات بهداشتی درمانی باشند و بدین منظور باید برای تغییر محیط و رسیدن به این هدف تمام تلاش خود را بکار برند. بدین منظور بایستی با استفاده از استانداردهای جهانی و تطبیق آنها با نیازهای داخلی، استانداردهای ملی را در زمینه ارائه اطلاعات مدارک پزشکی به متقاضیان ایجاد نمود. در این زمینه انجمن بیمارستانهای امریکا، در سال ۱۹۷۸، اصولی را برای دسترسی به اطلاعات مدارک پزشکی به تصویب رسانده است عبارتند از:

***مالکیت مدارک پزشکی**

مدارک بیمارستان از جمله مدارک پزشکی که برای استفاده بیمار، پزشک و بیمارستان نگهداری می شود، جز مایملک بیمارستان محسوب می شود.

***اصل راز داری مدارک پزشکی**

بیمار حق دارد انتظار داشته باشد که مدارک پزشکی مربوط به مراقبت درمانی اش محرمانه تلقی شده و بیمارستان از اطلاعات پرونده اش در برابر افشای غیر مجاز محافظت نماید.

خط مشی های افشای مدارک پزشکی در داخل بیمارستان

بیمارستان باید امنیت مدارک پزشکی را فراهم نماید و خط های مشی داخلی استفاده صحیح از مدارک پزشکی، جهت انجام وظایف بیمارستان را ترویج دهد. دسترسی به مدارک پزشکی، بدون موافقت مکتوب بیمار بستگی به موارد زیر دارد :

۱- با مسئولیت مسئولین بیمارستان یا اعضای کادر پزشکی یا کمیته تعیین حقوق بیمار

۲- بدلیل تقاضای مدارک پزشکی

۳- نوع اطلاعاتی که متقاضی نیاز دارد

خط مشی های افشای اطلاعات مدارک پزشکی در داخل بیمارستان بایستی برای انجام وظایف گوناگون ایجاد گردد.

***مسئولین بیمارستان**

هیئت رئیسه بیمارستان حق قانونی دارد که به منظور اطمینان از کیفیت مراقبت درمانی بیمار به مدارک پزشکی دسترسی داشته باشد. تمام خط های مشی استفاده از مدارک پزشکی و افشای محتویات مدارک پزشکی باید با مشورت نماینده قانونی بیمارستان تهیه و جهت بازبینی در اختیار هیئت رئیسه بیمارستان قرار گیرد. مدیر بیمارستان باید در هر زمانی برای انجام مسئولیت خود به همه پرونده های بیماران دسترسی داشته باشد مگر آنکه قوانین و مقررات خلاف آن باشد. همچنین تصمیم نهایی در مورد شرایطی که تحت آن می توان مدارک پزشکی را افشاء کرد به عهده مدیر بیمارستان است.

***مراقبت بیمار**

استفاده از مدارک پزشکی سرپایی و بستری قبلی بیمار، بوسیله پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی، در بیمارستانی که بیمار در آنجا تحت درمان قرار گرفته و مدارک پزشکی او نگهداری میشود نیازمند اجازه نامه بیمار نیست. همچنین افشای اطلاعات در صورت ارجاع یا مستقیم انتقال بیمار به سایر موسسات درمانی نیازمند اجازه نامه امضا شده بیمار نیست.

***ارزیابی کیفیت مراقبت درمانی**

بدلیل مسؤ ولیت بیمارستان در تعیین کیفیت مراقبت درمانی بیمار و مطابقت آن با استانداردهای بیمارستان میتواند از اطلاعات مدارک پزشکی برای ارزیابی کیفیت مراقبت درمانی، بدون اجازه نامه بیمار استفاده نماید، اما هویت همه بیماران باید از گزارش روتین مربوط به یافته ها و پیشنهادات مستثنی شود.

***برنامه های آموزشی**

بیمارستان باید جهت استفاده از مدارک پزشکی در برنامه های آموزشی مصوب برای پزشکان و سایر متخصصین مراقبت بهداشتی، قواعدی ایجاد نماید و اصولی به اقتضای برنامه مدیران و کسانیکه مسئول رعایت اصل رازداری ، مدارک پزشکی اند منتشر کند و اطمینان یابد که دسترسی به مدارک پزشکی به منظور مراقبت بیمار صورت می گیرد.

*تحقیق

مقررات بیمارستان باید حدود استفاده پزشکان و متخصصین بهداشتی را که امتیاز استفاده از مدارک پزشکی را برای تحقیق دارند، معین و شرایط استفاده از اطلاعات یا اجازه نامه بیمار مشخص را کند. هر نوع استفاده از مدارک پزشکی برای مطالعه و تحقیق، استفاده کننده را ملزم به رعایت اصل رازداری می کند.

*امور بیمارستانی

دسترسی به مدارک پزشکی بدون اجازه بیمار فقط باید با آگاهی به نیاز اساسی به مدارک پزشکی جهت انجام امور بیمارستان، شامل اموراداری، برنامه های کنترل کیفی، برنامه ریزی خدمات بهداشتی برنامه های تحقیقاتی ، مصوب بیمارستان صورت گیرد. دسترسی کارکنان به مدارک پزشکی باید متناسب با مسئولیت شخصی و اختیار آنها جهت اداره امور بیمارستان باشد.

خط مشی های افشای مدارک پزشکی، خارج از بیمارستان

بیمارستان باید خط مشی هایی برای افشای اطلاعات مدارک پزشکی جهت پاسخگویی به درخواستهای خارج از بیمارستان ایجاد نماید. عناصری که در چارچوب خط ها مشی باید مورد توجه قرار گیرند، عبارتند از:

۱- نوع درخواستها

۲- نوع اطلاعات درخواست شده

۳- اشخاص یا سازمانهای مجاز به دریافت اطلاعات

۴- افشای اطلاعاتی که نیاز به اجازه دارد

۵- مطابقت درخواستها با قوانین و مقررات

۶- ارائه توصیه های قابل قبول برای کپی برداری و هزینه های آن

۷- مقررات باید درخواستهای استثنایی را که باعث اخذ تصمیماتی در زمینه ایجاد خط مشی های اضافی با

تغییرات مهمی در خط مشیهای موجود می شود، در بر گیرد. خط مشیهای افشای خارجی اطلاعات مدارک

پزشکی باید کلیه مواردی که معمولا مورد نیاز است و در زیر شرح داده شده در برگیرد.

اجازه نامه افشای مدارک پزشکی

بیمارستان باید به این توقع بیمار که مدارک پزشکی اش محرمانه تلقی شود، احترام بگذارد. بنابراین هیچ

بیمارستانی نباید اطلاعات بیمار را بدون اجازه بیمار برای سایرین افشا کند، چنین افشایی به دلایل زیر باید باشد

:

۱- مطابق قانون برای گزارش اطلاعات خاص توسط بیمارستان باشد.

۲- تحت شرایطی که بر روی بهداشت یا سلامتی اشخاص موثر باشد.

۳- تحت شرایط خاصی برای امور بیومدیكال ، اپیدمیولوژی یا پروژه های تحقیقی خدمات بهداشتی

۴- محدوده به نام، تاریخ پذیرش و وضعیت عمومی بیمار می تواند فاش شود مگر هنگامیکه بیمار یا نماینده

قانونی ، او خواستارند که حتی این اطلاعات محدود فاش نشود و یا وقتی که قانون و مقررات، افشای این

اطلاعات را منع کرده باشد.

اجازه بیمار

دریافت اجازه نامه مکتوب، کار خوبی است و ممکن است تحت بعضی شرایط مورد نیاز باشد. یکی از اهداف دریافت اجازه نامه برای افشای اطلاعات مدارک پزشکی این است که موضوعی را که مجاز به افشا آن هستیم، سازمان یا شخصی که اطلاعات را دریافت خواهد کرد و محدودیت زمانی افشای اطلاعات توسط بیمار یا نماینده او مشخص شود. سایر فراهم کنندگان مراقبت بهداشتی - درمانی بیمارستان نباید درخواست سایر بیمارستانها، کادر پزشکی یا سایر فراهم کنندگان اطلاعات بهداشتی - درمانی را بپذیرد، مگر اینکه این درخواست همراه با اجازه نامه بیمار برای افشای اطلاعات باشد یا تحت بعضی شرایط اجازه داده شود که اطلاعات برای فراهم کنندگان مراقبت بهداشتی - درمانی افشا شود. به عنوان مثال تحت شرایطی که :

۱- بر سطح بهداشت یا سلامتی افراد موثر باشد .

۲- هنگامیکه نیاز به ارجاع یا انتقال بیمار از یک بیمارستان به سایر موسسات درمانی وجود دارد.

پرداخت کنندگان هزینه درمانی

بیمارستان نباید اطلاعات مدارک پزشکی را بدون اجازه بیمار، متعاقب توافق حاصله بین بیمارستان و آژانس های دولتی یا پرداخت کنندگان هزینه خدمات درمانی افشا کند، مگر اینکه :

۱- هنگامیکه بیمار قادر به دادن اجازه نامه برای افشای اطلاعات نیست و این حق از طرف بیمار به بیمارستان اعطا شده باشد.

۲- طبق مقررات بیمارستان، افشا مدارک پزشکی برای محاسبات مالی صورت گیرد. بیمارستان نباید اطلاعات مدارک پزشکی را برای ادارات بیمه افشا کند مگر اینکه این افشا اطلاعات با اجازه بیمار صورت گیرد یا توسط اجازه نامه افشای اطلاعات ضروری برای انجام محاسبات بیمه صورت پذیرد .

برنامه های دولت

بیمارستان باید درخواست ادارات دولتی را برای دسترسی به اطلاعات مدارک پزشکی بیمار، جهت ارزیابی، امور مالی با اهداف خاص، مطابق با برنامه دولت و تنها به اندازه ای که بطور صریح در قانون مجاز شمرده شده است را قبول کند .

امور حقوقی

بیمارستان باید مدارک پزشکی را برای وکلاء، داد گاهها، اعضای دادگاه یا محققین دولتی و سازمانهای مجری قانون، تنها با اجازه بیمار افشا کند، مگر اینکه دادگاهها با حکم قضایی، دستور افشا اطلاعات را داده باشند.

تقاضای کارفرمایان

بیمارستان نباید بدون اجازه کارمند، اطلاعات مدارک پزشکی او را برای کارفرما افشاء کند، مگر اینکه چنین افشاهایی مطابق با قوانین محلی مجاز شمرده شده باشد.

خط مشی های افشای اطلاعات برای بیماران

انجمن بیمارستانهای آمریکا در مورد حقوق حقه بیمار توصیه نموده است:

"بیمار حق دارد اطلاعات کاملی درباره تشخیص بیماری خود، درمان و پیش بینی های بعمل آمده از پزشک معالجش بدست آورد." هنگامیکه از نظر پزشکی صلاح نیست که چنین اطلاعاتی به بیمار داده شود اطلاعات باید در دسترس فرد مناسبی که از طرف بیمار تعیین شده قرار گیرد." حق دسترسی بیمار به پرونده اش، هیچ تضادی با حقوق بیمارستان نسبت به پرونده و ایجاد دستورالعمل هایی برای دسترسی بیمار به پرونده اش ندارد. پزشک معالج باید از درخواست بیمار جهت دسترسی به پرونده اش مطلع شود، چنانچه پزشک معالج تشخیص دهد که اطلاعات مدارک پزشکی برای سلامتی جسمی و روانی بیمار مضر است، اطلاعات باید در فرمی که اثر مضر را بر روی بیمار به حداقل برساند، ارائه شود. هنگامیکه دسترسی بیمار به اطلاعات مدارک پزشکی از نظر پزشکی صلاح

نباشد پزشک مسئول باید مدارک پزشکی را مرور نموده و اطلاعات مقتضی را افشاء کند. با توجه به استانداردهای فوق و نیاز بیمارستانهای کشور به استانداردهای ملی در این زمینه، موارد زیر پیشنهاد می گردد:

بر روی پوشه مدارک پزشکی، نکاتی نوشته شده است که باید توسط کلیه استفاده کنندگان از مدارک پزشکی رعایت گردد لذا جهت جلوگیری از افشای غیر مجاز مدارک پزشکی، لازم است که توصیه زیر به نکات اضافه گردد:

به علت محرمانه بودن اطلاعات مدارک پزشکی، افشاء مجدد این اطلاعات توسط استفاده کنندگان برای سایرین ممنوع می باشد .

جهت رعایت حقوق محرمانه بیمار و جلوگیری از افشای مجدد اطلاعات مدارک پزشکی توسط پرسنل موسسه درمانی، لازم است جریمه هایی از جمله توبیخ شفاهی، توبیخ کتبی، تعویق ترفیعات بعدی، کسر حقوق و یا عدم موافقت با پاداش و اضافه کاری پرسنل خاطی، توسط مسئولین بیمارستانها برای متخلفین وضع گردد. کلیه بیمارستانها باید ملزم به استفاده از برگه های استاندارد پذیرش که در پشت آن فرم اجازه نامه افشای اطلاعات بیمار چاپ شده است گردند و به هنگام پذیرش بیمار، از وی اجازه افشای اطلاعات مدارک پزشکی دریافت گردد. به فرم اجازه نامه افشای اطلاعات بیمار که در پشت برگه های استاندارد پذیرش چاپ گردیده است، لازم است که موارد زیر اضافه گردد:

الف) نام شخص یا موسسه دریافت کننده اطلاعات

ب) هدف از دریافت اطلاعات توسط متقاضی

ج) نوع اطلاعاتی که افشا می شود

د) تاریخ دقیق انقضای اعتبار اجازه نامه

بیمار حق دارد اطلاعات کاملی از مدارک پزشکی اش با اطلاع و موافقت پزشک معالجش بدست آورد لذا برای جلوگیری از بروز مشکلات بخصوص بهنگام عدم حضور پزشک معالج در بیمارستان، لازم است که نکات زیر بر روی برگ پذیرش و خلاصه ترخیص بیمار قید گردد:

- به دلایل پزشکی، بیمار مجاز به دسترسی مدارک پزشکی خود نیست.
- بیمار مجاز به دسترسی مدارک پزشکی خود می باشد .

بنابراین به هنگام ترخیص بیمار، پزشک معالج باید یکی از مربع ها را علامت گذاری نموده و عملاً مسئول بخش مدارک پزشکی به هنگام درخواست بیمار برای دسترسی به مدارک پزشکی میتواند با توجه به نظریه مکتوب پزشک معالج بیمار در این مورد تصمیم گیری نماید . بیمار بایستی در هر زمانی بتواند با تایید پزشک معالج، کپی مدارک پزشکی خود را دریافت کند.

دستورالمعمل ارائه پرونده و اطلاعات پزشکی

(ابلاغیه از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۵)

مقدمه :

پرونده پزشکی مهمترین ابزار ذخیره و بازیابی اطلاعات، تحلیل مراقبتهای بهداشتی و درمانی، و ابزاری ارزشمند در فراهم نمودن مراقبت با کیفیت جهت پیشگیری، تشخیص، درمان و ارتقاء سلامت بیمار می باشد. هدف اصلی حفظ و نگهداری پرونده پزشکی؛ ارائه اطلاعات کامل، معتبر، مناسب، کافی و به موقع برای کلیه ذینفعان اعم از ارایه کننده و گیرنده خدمت، سازمانهای بیمه گر و نهادهای قانونی می باشد.

تعیین سطح دسترسی و مقررات واگذاری اطلاعات بیماران یکی از جنبه های قانونی مهم مربوط به پرونده پزشکی می باشد. نداشتن رویه مکتوب، منظم و یکسان باعث شده بیمارستانها در بسیاری از موارد عملکرد سلیقه ای و گاه متفاوت داشته باشند.

بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان در هر بیمارستان، مسئول حفظ اطلاعات کاغذی و الکترونیکی بیمار از دسترسی های غیر مجاز بوده و بایستی سیاست ها و رویه های مشخصی که با مأموریت بیمارستان و استاندارد های حرفه ای در این زمینه مطابقت داشته باشد اتخاذ نماید، این بخش مسئول سازماندهی، نگهداری و توزیع اطلاعات؛ و نیز ضامن ایمنی، یکپارچگی و دسترسی به اطلاعات می باشد. گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان وزارت بهداشت در راستای این رسالت، اقدام به بازنگری دستورالعمل های موجود در این زمینه، و اخذ نظرات مراجع قانونی از قبیل سازمان نظام پزشکی کشور، سازمان پزشکی قانونی کشور و دفتر حقوقی وزارت بهداشت؛ و تنظیم دستورالعمل حاضر در سه بخش و ده ماده نموده است. این دستورالعمل در برگیرنده ضوابط و مقررات مربوط به نحوه ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی بیمار به مراجع درخواست کننده درونی و بیرونی بیمارستان می باشد. رعایت آن پس از ابلاغ الزامی بوده و دستورالعمل های قبلی کان لم یکن (ملغی) اعلام می گردد.

بیمارستان یا مرکز درمانی در راستای حفظ محرمانگی و رعایت حقوق بیمار باید فرآیندی اتخاذ نماید تا کارشناسان بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان، موظف به نظارت بر حسن انجام و رعایت این دستورالعمل باشند. لازم به ذکر است در صورت عدم رعایت مفاد دستورالعمل و شکایت بیمار مسئولیت پاسخگویی و تبعات قانونی آن بر عهده بیمارستان یا مرکز درمانی مربوطه خواهد بود.

تعاریف:

- بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان: بخش مربوط به مدیریت اطلاعات بیمار و آمار عملکردی بیمارستان (بخش مدارک پزشکی در بیمارستان) می باشد.
- ولی یا نماینده قانونی: عبارت است از: پدر، جد پدری، در صورت فقدان این دو قیم نماینده قضایی بوده و می تواند به نمایندگی از محجور اقدام نماید. نحوه احراز ولایت رویت اسناد سجلی بیمار و نماینده و در مورد قیم حکم قضایی مربوطه می باشد.
- بیمارستان: منظور کلیه بیمارستان های دانشگاهی، و غیر دانشگاهی (دولتی غیر دانشگاهی، خصوصی، سایر)، که در اینجا به اختصار بیمارستان گفته میشود.

بخش اول: اصول کلی

۱- نگهداری و حفاظت از نسخه فیزیکی پرونده و مدارک پزشکی بیماران از تعهدات بیمارستان محسوب می شود. اطلاعات آن محرمانه و متعلق به شخص بیمار بوده، و بهره برداری از اطلاعات آن به لحاظ قانونی منوط به رضایت کتبی بیمار می باشد.

۲- رضایت نامه موجود در پشت فرم پذیرش در خصوص اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی باید در زمان پذیرش از گیرنده خدمت، ولی یا نماینده قانونی وی در کلیه بیمارستان های دولتی و خصوصی آموزشی و غیر آموزشی (درمانی)، صرفنظر از نوع تملک و کاربری بیمارستان اخذ گردد.

○ این رضایت پس از توجه بیمار نسبت به حقوق درمانی خود در خصوص اینکه استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی منوط به کسب رضایت و اجازه وی بجز گزارشات مورد درخواست مراجع قانونی می باشد. شفاف سازی این موضوع برای بیمار، نماینده/ولی قانونی وی که عدم رضایت تأثیری بر ارائه خدمات به ایشان ندارد، الزامی است.

○ پذیرش در بیمارستان های آموزشی درمانی به منزله رضایت از بهره برداری و استفاده از اطلاعات نبوده و بیمارستان ملزم به رعایت بند فوق می باشد.

۳- در صورت درخواست کتبی بیمار ترخیص شده از بخش های بستری و سرپایی (اورژانس سرپایی و تحت نظر) با سن بالای ۱۸ سال؛ و در زمان حجر بیمار یا بیماری که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود هوشیاری ندارد (اغما، وضعیت های سایکوز، جنون و ...) و بیماران زیر ۱۸ سال، به درخواست کتبی ولی یا نماینده قانونی وی؛ ارائه کپی/ تصویر کلیه اوراق و اطلاعات پزشکی بیمار، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی، به همراه اصل تمام کلیشه ها و گرافی ها؛ پس از کنترل و برابر اصل نمودن الزامی است. ضمناً هزینه تهیه تصویر اوراق یک نوبت بر عهده بیمارستان، و مازاد آن بر عهده متقاضی است.

○ در موارد فوتی، نماینده قانونی؛ و وراثت به شرط داشتن گواهی انحصار وراثت مشمول این بند می گردند.

○ تحویل اصل برگ خلاصه پرونده در زمان ترخیص به کلیه بیماران و در زمانی که بیمار کودک، روانی یا محجور باشد به ولی یا نماینده قانونی وی؛ و بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می کنند الزامی می باشد.

۴- 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 یا کاربن) بصورت خوانا و ممهور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد.

۵- 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.

۶- کلیه ثبتیات پرونده پزشکی بیمار بایستی بهنگام 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.

۷- پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) در دسترس و اختیار افراد غیر مجاز قرار نگیرد و جهت انتقال آن بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده شود. خروج پرونده های بیماران توسط همراهان بیمار از بخشها ممنوع است.

۸- بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان پیگیریهای لازم جهت بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی (خروج پرونده صرفاً برای درخواستهای داخلی تصریح شده در این دستورالعمل) را بصورت روزانه یا حداکثر هفتگی، انجام دهد.

۹- برای هر گونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده، برگ درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده، ضمیمه پرونده گردد.

۱۰- در خصوص ارایه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات و آموزش پزشکی، با توجه به اینکه پرونده بالینی از مهمترین منابع برای مطالعات اپیدمیولوژیک و تحقیقات بالینی محسوب می شود؛ پس از اخذ رضایت قطعی کتبی و بلاشرط بیمار در زمان مقتضی (موضوع بند ۲)، رعایت موارد ذیل قبل از ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی ضروری است:

الف- رضایت بیمار در خصوص اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی، فقط در خصوص اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار می باشد، و نام و اطلاعات مشخص کننده هویت بیمار به هیچ عنوان نباید در پرسشنامه و تحقیقات بالینی مورد استفاده واقع گردد.

ب- ارایه معرفی نامه از معاونت آموزشی یا پژوهشی یا درمان دانشگاه مربوطه، و ارایه یک نسخه از پروپوزال؛ از سوی پژوهشگر.

ج- بررسی طرحنامه (پروپوزال)، و پرسشنامه یا نوع اطلاعات درخواستی، در کمیته مدیریت آمار و اطلاعات درمان بیمارستان. پس از تصویب طرحنامه در کمیته، صدور مجوز دسترسی به اطلاعات به میزان و کیفیت مطروح در تصویبنامه در صلاحیت رییس بیمارستان است.

د- امضا تعهد نامه حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر مسئول.

ه- تعهد پژوهشگر به اینکه یک نسخه از گزارشات نهایی تحقیقات انجام شده (یا خلاصه ای از آن) جهت تائید رعایت تعهدات اخلاقی، به رویت مسئول واحد مدیریت آمار و اطلاعات درمان مرکز رسانیده شود.

بخش دوم: سطح دسترسی به پرونده بالینی بیمار در درخواست های درون سازمانی

درون سازمانی				
سطح دسترسی به سوابق قبلی			سطح دسترسی به پرونده بیماران تحت درمان در بخش ها	درخواست کننده
زمان عودت	نحوه ارسال پرونده	نحوه دسترسی		
حداکثر تا زمان ترخیص بیمار	از طریق منشی های بخش یا افراد قابل اعتمادی که برای این منظور تعیین گردیده اند.	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک معالج و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار پزشک معالج قرار میگیرد.	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان در بخش مربوطه.	پزشک معالج
تا پایان زمان مشاوره		با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک مشاور و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت مشاوره جهت بررسی در موضوع مورد مشاوره در اختیار پزشک مشاور قرار میگیرد.	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مشاوره در بخش مربوطه.	پزشک مشاور
حداکثر تا پایان همان شیفت کاری		با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک مقیم یا آنکال، و تایید مسئول یا آنکال واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت ویزیت، در اختیار پزشک مربوطه قرار میگیرد.	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت ویزیت در بخش مربوطه.	سایر پزشکان مقیم یا آنکال بیمارستان
تا ۲۴ ساعت		با تکمیل فرم درخواست پرونده، سوابق قبلی بیمار در اختیار رییس بیمارستان قرار می گیرد.	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش ها.	رییس بیمارستان
تا پایان همان شیفت کاری		با تکمیل فرم درخواست پرونده و تایید رییس بیمارستان، سوابق قبلی بیمار در اختیار قرار می گیرد.		مدیر پرستاری بیمارستان
-		-	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مراقبت در بخش مربوطه	سر پرستاران و پرستاران
تا زمان ترخیص بیمار		از طریق منشی های بخش یا افراد قابل اعتمادی که برای این منظور تعیین گردیده اند.	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط ائتد یا رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار میگیرد.	دسترسی کامل به پرونده بیماران بخش آموزشی مربوطه

بخش دوم: سطح دسترسی به پرونده بالینی بیمار در درخواست های درون سازمانی

درخواست کننده	سطح دسترسی	نحوه دسترسی	نحوه ارسال پرونده	زمان عودت
کمیته های بیمارستانی (مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج - عفونت - سایر کمیته ها)	دسترسی به کپی برابر اصل پرونده بیماران و فوتی های تحت بررسی	با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان	تحويل به دبیر کمیته	-
		با درخواست وکیل به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان	تحويل به وکیل حقوقی بیمارستان	-
مدیر امور مالی	دسترسی به اطلاعاتی از پرونده که برای اهداف مالی مورد استفاده قرار میگیرد	با درخواست کتبی مدیر و ذکر علت درخواست و تأیید رییس مرکز	تحويل گزارش یا لیست اطلاعات درخواستی به مدیر امور مالی	-

بخش سوم: سطح دسترسی به پرونده بالینی بیمار در درخواست های برون سازمانی

درخواست کننده	سطح دسترسی به پرونده	نحوه دسترسی	نحوه ارسال پرونده	زمان عودت
دادگستری، پزشکی قانونی	در صورت درخواست اصل یا تصویر (کپی) پرونده، دسترسی کامل به نسخه برابر اصل شده کلیه پرونده های تحت بررسی در مرجع قضایی مربوطه	درخواست پرونده با نامه رسمی و تأیید رییس بیمارستان	با توجه به امکان استعلام و درخواست همزمان مراجع حقوقی جزایی و کیفری جهت دریافت نسخه برابر اصل شده پرونده، صرفاً امکان ارسال نسخه برابر اصل شده پرونده بیمار امکان پذیر بوده و اصل پرونده به منظور پاسخگویی به استعلام سایر مراجع، کماکان نزد بیمارستان محفوظ خواهد بود. لذا کپی پرونده مصدق ممهور به مهر برابر اصل بیمارستان، برگ شماری شده در پاکت درسته با مهر محرمانه منضم به نامه رسمی با ذکر تعداد برگ های پرونده در نامه، با اخذ رسید تحویل کارشناس حقوقی دانشگاه یا بیمارستان، یا نماینده مرجع قضایی مربوطه گردد و در صورت نبود نمایندگان مذکور، نحوه ارسال (ارسال از دبیرخانه...) از مرجع قضایی مربوطه استعلام گردد.	به دلیل وجود اصل پرونده در بیمارستان نیاز به عودت کپی پرونده به بیمارستان نمی باشد.
سازمانهای بیمه گر	دسترسی کامل به پرونده های بیمه شدگان تحت پوشش	دسترسی به اصل پرونده جهت بررسی و تأیید بیمه بیمار، توسط کارشناسان مقیم سازمانهای بیمه گر در بیمارستان	در محل بیمارستان و ترجیحاً در بخش بالینی مربوطه	پس از پایان بررسی و تأیید
		دسترسی به کپی پرونده جهت بازپرداخت و دریافت غرامت دستمزد (از کار افتادگی) با نامه رسمی و تأیید رییس بیمارستان	کپی پرونده مصدق ممهور به مهر برابر اصل بیمارستان، برگ شماری شده در پاکت درسته با مهر محرمانه منضم به نامه رسمی با ذکر تعداد برگ های پرونده در نامه، با اخذ رسید تحویل کارشناس حقوقی دانشگاه یا بیمارستان، یا نماینده سازمان بیمه گر گردد و در صورت نبود نمایندگان مذکور، نحوه ارسال (ارسال از دبیرخانه...) از سازمان بیمه گر استعلام گردد.	-

بخش سوم: سطح دسترسی به پرونده بالینی بیمار در درخواست های برون سازمانی

درخواست کننده	سطح دسترسی به پرونده	نحوه دسترسی	نحوه ارسال پرونده	زمان عودت
بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه	دسترسی کامل به پرونده جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات	دسترسی به اصل پرونده با ارائه معرفی نامه از مقام مافوق یا برگه ماموریت	مطالعه اصل پرونده در محل بیمارستان	پس از پایان مطالعه و بررسی پرونده
بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر	دسترسی کامل به پرونده های قلبی بیمارستان بستری در آن مراکز	دسترسی به کپی پرونده با نامه رسمی و اجازه کتبی بیمار جهت ادامه درمان	کپی پرونده مصدق ممهور به مهر برابر اصل بیمارستان، برگه شماری شده در پاکت درسته با مهر محرمانه منضم به نامه رسمی با ذکر تعداد برگه های پرونده در نامه، با اخذ رسید تحویل ولی یا نماینده قانونی بیمار یا نماینده بیمارستان مقصد و در غیر اینصورت، نحوه ارسال از طریق استعلام از مرجع درخواست کننده	-
کارفرمای بیمارانی ناشی از کار	پرونده بیمار مرتبط	دسترسی به کپی پرونده با اجازه مرجع قضایی یا رضایت کتبی بیمار یا نماینده قانونی وی	کپی پرونده مصدق ممهور به مهر برابر اصل بیمارستان، برگه شماری شده در پاکت درسته با مهر محرمانه منضم به نامه رسمی با ذکر تعداد برگه های پرونده در نامه، با اخذ رسید تحویل کارفرما گردد.	-

منابع:

- دستورالعمل ها و بخشنامه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- جزوات آموزشی

- مطالب اینترنتی

تعیین سطح دسترسی و مقررات واگذاری اطلاعات بیماران یکی از جنبه های قانونی مهم مدارک پزشکی می باشد. متأسفانه در این خصوص نداشتن رویه مکتوب ، منظم و یکسان باعث شده بیمارستانها در بسیاری از موارد عملکرد سلیقه ای و گاه متفاوت داشته باشند . بدنبال این ناهماهنگی ها، در برخی موارد اطلاعات بیمار به افراد یا سازمانهای غیر مجاز ارائه گردیده و در بعضی موارد هم بیمارستانها از دادن اطلاعات به خود بیمار نیز امتناع می نمایند . همچنین گاه اصل پرونده از بیمارستان خارج شده و یا پرونده مفقود گردیده است و یا منجر به سوء استفاده از اطلاعات شخصی و شکسته شدن حریم شخصی بیماران گردیده است .

لذا کمیته مدارک پزشکی استان جهت رفع مشکلات موجود و ایجاد رویه واحد و رفع بلا تکلیفی پرسنلی که با واگذاری اطلاعات بیماران و پاسخگویی به ارباب رجوع سروکار دارند و نیز در جهت افزایش رضایتمندی ارباب رجوع و ضایع نشدن حقوق بیماران ، دستورالعمل زیر را با توجه به قوانین و استانداردهای موجود و مشورت با کارشناسان مربوطه تدوین نموده است. لذا مدیریت و مسئولین مدارک پزشکی کلیه واحدهای تابعه ضمن اجرای موارد ذیل، مسئول آموزش موارد مطروحه به پرسنل خود و نظارت بر عملکرد آنها میباشند.

دستورالعمل فوق تحت عناوین کلی زیر تنظیم گردیده است :

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به خود بیمار

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به مراجع قانونی

دستورالعمل کلی در مورد ارسال اصل پرونده به خارج از بیمارستان

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به بیمه ها

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگر

شرایط واگذاری پرونده بیمار جهت استفاده در تحقیقات پزشکی و آموزش

شرایط واگذاری اطلاعات پرونده های پزشکی به مشتریان داخل بیمارستان

شرایط واگذاری اطلاعات پزشکی بیمار به رسانه ها

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به خود بیمار

1- بیمار مالک **منطقی** اطلاعات داخل پرونده خود بوده و حق دسترسی به این اطلاعات را دارد.

مالکیت فیزیکی پرونده از آن بیمارستان است

- 2- برای در اختیار گذاشتن کل پرونده به بیمار، درخواست کتبی بیمار مورد نیاز است. دستور ریاست بیمارستان بر روی درخواست مزبور ضروری است مگر این که در این مورد به مسئول مدارک پزشکی تفویض اختیار کرده باشد.
- 3- در مورد بیماران روانی، اجازه پزشک معالج برای در اختیار گذاشتن پرونده به بیمار مورد نیاز است.
- 4- در صورت مراجعه نزدیکان بیمار برای گرفتن پرونده، اجازه کتبی **بیمار** ضروری است و فقط در اختیار نزدیکان درجه 1 و 2 قرار می گیرد. (پدر - مادر - همسر - فرزند - خواهر - برادر) مهر تصویر برابر اصل نیاز نیست مگر اینکه بیمار مدارک را جهت ارائه به سازمان یا اداره ای درخواست کرده باشد.
- 5- درخواست کتبی بیمار حتما در پرونده وی بایگانی شود.

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به مراجع قانونی

مواردی که پزشکی قانونی درخواست پرونده بیمار را می نماید شامل :

-ارجاع جسد به پزشکی قانونی جهت صدور گواهی فوت در مواردی مثل فوت قبل از 24 ساعت، فوت به علت حوادثی همچون خودکشی، دیگرکشی، سقوط و

-شکایت از کادر درمانی

-تعیین علت فوت که در کمیسیون پزشکی قانونی مورد بررسی قرار می گیرد

-تعیین دیه و از کار افتادگی

-بررسی سلامت روانی

-مجوز سقط درمانی

-بررسی در مورد عدم تحمل کیفر

-کودک آزاری و

-فسخ نکاح به علت بیماری

-معافیت از خدمت نظام وظیفه

در این موارد می توان طبق دستورالعمل زیر اقدام کرد :

1- داشتن نامه کتبی از مراجع مورد نظر و دستور ریاست یا مدیریت بیمارستان و یا تفویض اختیار به مسئول

مدارک پزشکی جهت جلوگیری از اتلاف وقت

2-تهیه کپی از پرونده با مهر برابر اصل از اوراقی که در نامه درخواست قید شده و در صورت عدم ذکر اوراق

مورد نیاز، بهتر است از اوراق زیر کپی تهیه و ارسال شود :

خلاصه پرونده - شرح عمل - جواب گرافی - جواب پاتولوژی - کارت پذیرش و زمان سنجی اورژانس

3- در مواردی که اصل پرونده در نامه درخواست شده است با رعایت دستورالعمل کلی در مورد ارسال پرونده

به خارج از بیمارستان، درخواست فوق اجرا شود .

دستورالعمل کلی در مورد ارسال اصل پرونده به خارج از بیمارستان

1-داشتن نامه رسمی از سازمان مورد نظر شامل مراجع قضائی (پزشکی قانونی و دادگاه) -نظام پزشکی و

معاونت درمان

2- دستور مقام ریاست یا مدیریت بیمارستان ، و یا جهت جلوگیری از اتلاف وقت تفویض اختیار به مسئول مدارک پزشکی

3- تهیه کپی از اوراق پرونده با مهر برابر اصل و جایگزین کردن در محل بایگانی پرونده و یا اسکن پرونده

4- تنظیم نامه جوابیه

5- برگ شمار اوراق پرونده و الصاق روی پرونده و ذکر تعداد اوراق ارسال شده در نامه جوابیه

6- ذکر مهلت زمانی 30 روز برای برگشت پرونده به بیمارستان در نامه جوابیه و اینکه پس از رفع نیاز پرونده بلافاصله عودت داده شود .

7- تحویل پرونده در پاکت لاک و مهر شده به نماینده مرجع مورد نظر با دریافت رسید پرونده (تحویل پرونده حتما باید حضوری بوده و به پست تحویل داده نشود)

8- پیگیری برگشت پرونده هر سه ماه یک بار

9- پیگیری تقاضای اصل پرونده با یک سیستم دستی یا مکانیزه با ثبت آیتم های فوق :

تاریخ ارسال - نام سازمان یا شخص درخواست کننده - شماره پرونده - نام و نام خانوادگی بیمار (در سیستم دستی)

اجرای سیستم فوق در مورد تقاضای اصل پرونده چه از واحد های داخلی بیمارستان و چه از سازمان های دیگر جهت پیگیری پرونده های خارج شده از بایگانی ضروری می باشد .

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به بیمه ها

بیمه های اصلی مدارک پزشکی بیمار را اکثرا برای کمیسیون پزشکی و در موارد خاص برای پرداخت ، درخواست می کنند .

بیمه های تکمیلی اکثرا برای پرداخت ، مدارک را درخواست می کنند .

- 1- اوراقی که اغلب بیمه ها نیاز دارند و مجاز به درخواست آنها می باشند شامل :
شرح عمل - خلاصه پرونده - بیهوشی - جواب پاتولوژی - گزارش CT SCAN- MRI - صورت حساب و فاکتور لوازم مصرفی است .
- 2- بیمه نیروهای مسلح دستور بستری را نیز نیاز دارند .
- 3- در موارد خاصی بیمه ها نیاز به سایر اوراق دارند که بهتر است آن را طی نامه ای قید کنند .
- 4- در هر حال سازمان های بیمه به هیچ عنوان مجاز به خارج کردن اصل پرونده از بیمارستان نمی باشند .
- 5- واگذاری اوراق مذکور به بیمه ها در صورتی که نامه ای ارسال نشده باشد ، با درخواست کتبی خود بیمار و دستور ریاست بیمارستان امکان پذیر می باشد .

شرایط واگذاری پرونده پزشکی به بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگر

مواردی که بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگری پرونده بیمار را درخواست می کند شامل:

1- مشاوره که در این حالت حداقل اوراق مورد نیاز جهت ارسال شامل برگ شرح حال و برگ درخواست مشاوره می باشد.

2- انتقال موقت بیمار به دلیل نداشتن امکانات تشخیصی مانند سی تی اسکن و: در این

حالت کل پرونده بیمار به بیمارستان مقصد ارسال می شود ولی بهتر است یک کپی از پرونده در بیمارستان

مبدا نگهداری شود . پس از بازگشت مجدد بیمار پرونده وی نیز عودت داده می شود (در صورت

انتقال موقت نیز بهتر است اصل پرونده از بیمارستان

خارج نشود و فتوکپی اوراق ضروری در اختیار

بیمارستان دیگر قرار گیرد چون امکان مفقود یا دستکاری در پرونده می باشد و دلیل قانونی برای خروج

3- انتقال دائمی بیمار به بیمارستان دیگر: که در این حالت کپی از اوراق خلاصه پرونده - شرح عمل - جواب پاراکلینیک به همراه برگ اعزام همراه بیمار فرستاده می شود .

شرایط واگذاری پرونده بیمار جهت استفاده در تحقیقات پزشکی و آموزش

(اهداف پژوهشی) با توجه با اینکه مدارک پزشکی و بایگانی از مهمترین منابع برای مطالعات اپیدمیولوژیک و تحقیقات بالینی محسوب میشوند لذا واحدهای مدارک پزشکی باید با رعایت موارد زیر در این نوع تحقیقات مشارکت داشته باشند:

1. نیاز پژوهشگر به داشتن معرفی نامه از معاونت آموزشی یا پژوهشی دانشگاه مربوطه
2. ضرورت تائید معرفی نامه و دستور اقدام روی آن توسط مدیر یا رئیس بیمارستان
3. امضا تعهدنامه حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر
4. پژوهشگر حق خارج کردن کل یا اجزای پرونده را از بخش مدارک پزشکی ندارد
5. پژوهشگر باید متعهد گردد که در زمان گزارش نتایج تحقیق ضمن درج مشخصات بیمارستان و حفظ اصالت منابع تحقیق یک نسخه از گزارشات نهایی تحقیقات انجام شده (یا خلاصه ای از آن) را به واحد مدارک پزشکی یا کتابخانه بیمارستان تحویل نماید

(اهداف آموزشی) در مواردی هم که پرونده برای اهداف آموزشی توسط مربیان و دانشجویان درخواست میگردد ابتدا باید استاد مربوطه درخواست آنرا بدهد و پس از تایید رئیس یا مدیر بیمارستان و امضای تعهدنامه حفظ محرمانگی اطلاعات ، بدون فاش شدن مشخصات هویتی بیمار ، اطلاعات درخواست شده در محل واحد مدارک پزشکی مورد مطالعه قرار گیرد.

(بند آخر دستورالعمل میتواند شامل این مورد باشد: با توجه به اینکه برخی بیمارستانها ممکن است دارای شرایط خاصی باشند دستورالعمل کلی فوق میتواند در کمیته مدارک پزشکی آن بیمارستان مجددا مطرح شده و جزئیات بیشتر، با توجه به نوع پرونده ها و دلایل درخواست اطلاعات بیماران و سایر شرایط بیمارستان، در کمیته فوق به تصویب رسیده و مکتوب گردد).

شرایط واگذاری اطلاعات پرونده های پزشکی به مشتریان داخل بیمارستان

با توجه به امکان دستکاری در پرونده به کرات مشاهده شده باید شرایط واگذاری مشخص گردد در کتاب مدارک پزشکی 3 و 4 حاوی مواد اشاره شده که کمک کننده است و همچنین بعد از ترخیص بیمار و پرونده زمانی که پرونده به مدارک پزشکی داده می شود حق شرایط دسترسی کادر درمان باید محدود گردد و حتی تنها با مجوز پزشک معالج انجام گیرد

و الا همه هر روزه از مدارک پزشکی پرونده مطالبه می کنند که امکان دستکاری نیز بالا می رود

مشتریان داخل بیمارستان شامل: ریاست - حراست - مددکاری - حسابداری - کارشناسان بیمه - بخشهای بستری - پزشکان معالج

تمامی مشتریان با تکمیل فرم درخواست پرونده مجاز به استفاده از اطلاعات پرونده های پزشکی می باشند (۴)

با امضاء بیمار در فرم پذیرش، اطلاعات مربوط به وی بین پرسنل بیمارستان قابل انتقال خواهد بود که این امر برای کیفیت بهتر در مراقبت از بیمار ضروری است .

پرسنل درمانی برای مراقبت بهتر و کافی از بیمار، لازم است برای استفاده از اطلاعات وی با هم در ارتباط باشند اگرچه پرسنل بیمارستان بودن یا عضو گروه پزشکی بودن بطور معمول حق استفاده از اطلاعات بیمار را به شخص نمی دهد. مثلا تلفنچی بیمارستان لازم نیست از تشخیص های انجام شده برای بیماران مطلع شود. همین طور پزشکی که یک بیمار خاص را مداوا نمیکند نیازی نیست که پرونده پزشکی آن بیمار را مطالعه کند.

1- اعضای کادر رزیدنتی و پزشکان معالج می توانند در بخش اسناد و مدارک پزشکی، آزادانه پرونده ها را ملاحظه و مطالعه نمایند .

2- چنانچه کارکنان اداری اسناد و مدارک پزشکی نسبت به مورد خاصی مشکوک باشند از واگذاری آن پرونده ی خاص خودداری و موضوع را به مدیر بیمارستان اطلاع دهند.

3- اعضای کادر پزشکی و رزیدنتی مجاز نیستند بدون اجازه کتبی مدیریت بیمارستان اطلاعات کتبی یا شفاهی به اشخاص خارج از بیمارستان بدهند .

4- پزشکان کادر نمی توانند به شرکتهای بیمه یا وکلای دادگستری اجازه دریافت پرونده ای را بدهند .

5- مددکاران اجتماعی و بخشهای پیگیری، دسترسی به مدارک پزشکی بیماران خواهند داشت و می توانند محتوی اطلاعات غیر پزشکی (اجتماعی) پرونده ها را به نحوی که مقررات خاص تدوین شده باشد در اختیار بگیرند و آن اطلاعات را جهت موسسات خدمات اجتماعی معتبر که دلیل مشروعی برای جستجو دارند انتقال دهند برای واگذاری اطلاعات پزشکی جهت این گروه باید اجازه لازم اخذ شود .

6- پزشکان متفرقه (خارج از بیمارستان) که اطلاعاتی درباره یک بیمار می خواهند باید اجازه نامه کتبی بیمار را ارائه نمایند .

7- پرونده های پزشکی نباید از بخش اسناد و مدارک پزشکی به سایر قسمتهای بیمارستان فرستاده شود مگر در موارد لازم برای انجام امور بیمارستان و حتی الامکان باید در هنگام مطالعه در اتاق مطالعه واحد مدارک پزشکی به این امور پرداخته شود .

8- اشخاص غیر از افراد و یا کادر میهمان برای استفاده از پرونده های پزشکی بایستی اجازه نامه کتبی مدیریت و پزشکان معالج را ارائه نمایند .

شرایط واگذاری اطلاعات پزشکی بیمار به رسانه ها

جهت توضیح شرایط پزشکی فردی که رسانه ها مایل به تهیه خبر از وی هستند ، می توان از عبارت های تک کلمه ای استفاده کرد .

پیش از واگذاری اطلاعات بیمار ، وضعیت محرمانه ماندن اطلاعات بیمار بایستی بررسی شود . هیچ اطلاعاتی از بیمار بدون در نظر گرفتن حق وی برای محرمانه ماندن اطلاعاتش (به خصوص بیماری که به دلیل مسائل امنیتی افشای اطلاعاتش مقتضی نیست)، نباید افشا شود .

وضعیت بیمار که به صورت یک کلمه می تواند توصیف شود عبارتند از :

نامشخص : یعنی بیمار در حال ارزیابی شدن است و وضعیت وی هنوز مشخص نیست .

خوب : علائم حیاتی بیمار (نبض - درجه حرارت - فشار خون) پایدار بوده و در محدوده طبیعی هستند بیمار هوشیار و حال وی مساعد است . پیش آگهی بهبود وی خوب یا حتی عالی است .

نسبتاً خوب : علائم حیاتی پایدار بوده و در محدوده طبیعی هستند . بیمار هوشیار است ولی حال وی نامساعد است با این حال پیش آگهی بهبود وی مطلوب است .

وخیم : علائم حیاتی ناپایدار است یا در محدوده طبیعی نیست . بیمار به شدت بی حال است . پیش آگهی بهبودی وی مشکوک است .

بحرانی : علائم حیاتی ناپایدار است و در محدوده طبیعی نیست . بیمار احتمالاً مشکلات طبی حادی دارد پیش آگهی روند بهبود بیمار نامطلوب است .

درمان شده و ترخیص شده : بیمار اقدامات طبی دریافت کرده و ترخیص شده است .

درمان شده و اعزام شده : بیمار اقدامات طبی اولیه دریافت کرده و به مرکز دیگری انتقال داده شده است .

فوت بیمار: تایید فوت بیمار فقط بایستی پس از تایید بستگان بیمار اعلام شود . اطلاعات مربوط به علت فوت فقط از طریق پزشک معالج بیمار مشخص شده و اعلام آن از طریق نماینده قانونی فرد فوت شده انجام می شود .

اگر مورد فوتی در پزشکی قانونی در دست بررسی باشد ، سوالات در مورد علت فوت بایستی از طریق پزشکی قانونی جواب داده شود .