



الجمهورية اليمنية  
وزارة الصحة العامة والسكان  
مكتب الصحة العامة والسكان  
محافظة صنعاء

# دليل عمل إدارة الإحصاء والسجلات الطبية بمستشفيات محافظة صنعاء

**إعداد /**

د / أنيس يحيى مهدي

**مراجعة**

د / مجاهد الرميم

د / جبران الصلبي

**إشراف عام**

د / خالد عبده المنتصر

مدير عام مكتب الصحة العامة والسكان  
محافظة صنعاء

يوليو  
2019 م

# دليل إدارة الإحصاء والسجلات الطبية في المستشفيات

الإصدار الأول

## كلمة مدير عام مكتب الصحة

تكمن أهمية نظام المعلومات والسجلات الطبية باعتباره أداة للتخطيط والتنفيذ ومتابعة برامج الرعاية الصحية الأولية والثانوية ، كما يعتبر مصدراً هاماً للتعليم والتدريب وتطوير الأبحاث الطبية ، إضافة الى استخدامه في الرقابة الإدارية ومتابعة الأداء والمعاملات المالية والمحاسبية للمرضى ومصدر رئيسي للبيانات الحيوية . ومن مكونات نظام المعلومات والسجلات الطبية في المستشفيات السجل الطبي الذي يعتبر وثيقة قانونية يعتمد عليها المستشفى لمراجعة كافة الإجراءات والخدمات الطبية والتمريضية والفنية التي تقدم للمرضى كما يعتبر ركيزة هامة في تطبيق نظام الجودة والحصول على الاعتماد كونه أحد المعايير الهامة التي لها علاقة بتقديم الرعاية الطبية المباشرة للمرضى .

ومن هذا المنطلق أخذت إدارة مكتب الصحة العامة والسكان بمحافظة صنعاء على عاتقها تحسين وتطوير نظام المعلومات والسجلات الطبية بالمستشفيات محافظة صنعاء ، إنطلاقاً من الرؤية الوطنية للدولة اليمنية الحديثة ، والتي تم ترجمتها الى أهداف استراتيجية تسعى إدارة مكتب الصحة الى تحقيقها ومن ضمنها تطوير وتحسين نظام المعلومات والسجلات الطبية في مستشفيات المحافظة ، إضافة الى كون هذا المشروع يصب في تحقيق المعايير العالمية الحديثة لتحسين جودة ونوعية الخدمات الصحية بالمستشفيات .

وعليه نؤكد من خلال هذا الدليل لجميع المعنيين في مستشفيات المحافظة وخص بالذكر إدارة نظام المعلومات والسجلات الطبية أن يتم العمل بهذا الدليل كونه مرشد هام في تطبيق وممارسة كافة الإجراءات والخطوات المتعلقة بنظام المعلومات والسجلات الطبية

وفي الأخير أقدم الشكر والتقدير لجميع موظفي قطاع الصحة في محافظة صنعاء على جهودهم المخلصة وكذلك اتقدم بالشكر والتقدير الى فريق العمل الذين قاموا بإعداد وإخراج هذه الدليل وخاصة الدكتور مجاهد الرميم نائب مدير مكتب الصحة والدكتور جبران الصلبي مدير دائرة الجودة بمكتب الصحة - محافظة صنعاء ، والدكتور أنيس يحيى مهدي مستشار الإدارة الصحية والبحوث العلمية، كما نأمل من الجميع بذل المزيد من الجهود نحو تحسين نظام المعلومات الصحية والسجلات الطبية وكذلك تحسين مستوى الأداء الإداري والصحي بمحافظة صنعاء.

**د / خالد المنتصر**

**مدير عام مكتب الصحة العامة**

**والسكان بمحافظة صنعاء**

## مقدمة

يُعزى تقدم المجتمعات في الدول المتقدمة الى اهتمامهم بجمع ودراسة البيانات والمعلومات في شتى مجالات الحياة وخاصة الاقتصادية منها بل أصبحت في بعض الدول تعد من الثروات الخاصة كونها تعتمد عليها في رسم السياسات ووضع الخطط واعداد البرامج وتنفيذ الإجراءات واتخاذ القرارات في كافة المجالات ومنها المجال الصحي وانطلاقاً من رؤية بناء الدولة المدنية الحديثة وضمن اطار تحقيق الهدف الخاص بتطوير وتحسين نظام المعلومات الصحية في المستشفيات التابعة لمحافظة صنعاء، وإيماناً بأهمية هذه المعلومات تسعى إدارة مكتب الصحة بمحافظة صنعاء جاهدة بإمكانيتها المتاحة الى تطوير وتحسين نظام المعلومات الصحية في المستشفيات لغرض استخدامها في رسم السياسات ووضع الخطط واتخاذ القرارات وكذلك استخدامها في تطوير وتحديث الخدمات الصحية في المحافظة كونها تعكس الواقع الفعلي للمحافظة .

ورغم الاوضاع الاستثنائية التي تمر بها البلاد والتغيرات الحاصلة سواء السياسية والاقتصادية والصحية وغيرها فإن إطلاق مثل هذا المشروع يعتبر نقطة انطلاقاً نحو تحسين الأداء الإداري والفني لكافة المستشفيات بمحافظة صنعاء مما يسهم في رفع المستوى الصحي لكافة المستهدفين سواء كانوا افراد أو مجتمع .

وإصدار مثل هذا الدليل يعتبر خطوة هامة وجادة نحو عكس الأهداف والاستراتيجيات من مجرد أفكار وخطط مكتوبة ورقياً الى خطوات عملية تمارس في الميدان تؤدي في النهاية الى تحقق الأهداف المرسومة .

يرشد هذا الدليل كافة مدرء الإحصاء في المستشفيات الحكومية نحو تأسيس نظام معلومات فعال ، يسهم في تقديم معلومات ذو مصادقية وجودة من اجل استخدامها في اتخاذ القرارات الهامة ورسم السياسات الصحية والخطط المستقبلية ، يحتوي هذا الدليل على كافة متطلبات إدارة الإحصاء والسجلات الطبية النموذجية وبإمكان أي مدير إحصاء عكس هذه المعلومات وتكييفها على واقعه داخل المستشفى .

وفي الأخير ننوه جميع العاملين بهذا الدليل أنه في حالة عدم وضوح أي معلومة أو خطوة داخل هذا الدليل أنه بإمكانهم التواصل على البريد التالي [Abosalem073@gmail.com](mailto:Abosalem073@gmail.com) وسيتم توضيح كل استفساراتهم حول هذا الدليل والله ولي التوفيق.

### فريق العمل

نائب مدير عام مكتب الصحة العامة والسكان  
مدير دائرة الجودة بمكتب الصحة - محافظة صنعاء  
مستشار الإدارة الصحية والبحوث العلمية

د/ مجاهد الرميم  
د / جبران الصلبيت  
د/ أنيس يحيى مهدي

## محتويات الدليل

رقم الصفحة	الموضوع	الفصل
6	تعريف إدارة الإحصاء والسجلات الطبية	الفصل الأول
14	المهام الوظيفية لإدارة الإحصاء والسجلات الطبية	الفصل الثاني
26	التوصيف الوظيفي لإدارة الإحصاء والسجلات الطبية	الفصل الثالث
45	البيانات والمعلومات الخاصة بإدارة الإحصاء والسجلات الطبية	الفصل الرابع
51	سياسات العمل لإدارة الإحصاء والسجلات الطبية	الفصل الخامس
108	معايير السجلات الطبية	الفصل السادس

**الفصل الأول :**  
**تعريف**  
**إدارة الإحصاء والسجلات الطبية**

# إدارة الإحصاء والسجلات الطبية

## مقدمة

تعتبر إدارة الإحصاء والسجلات الطبية من أهم الإدارات في المستشفى والتي تعتبر الكاشف الذي يظهر أعمال المستشفى على حقيقتها وهي كذلك الإدارة التي يعتبر عملها من صميم العملية الإدارية والتي تتمثل في جمع المعلومات وعرضها وتحليلها وتقديمها إلى إدارة المستشفى لغرض اتخاذ القرارات السليمة التي تحسن من أداء الخدمة المقدمة للمريض حيث تعتبر هذه الإدارة الأكثر احتكاكا بالمريض بدء من دخول المستشفى وحتى خروجه كما تعتبر الإدارة مصدر المعلومات والبيانات سواء كانت إدارية أو طبية والتي يتم الرجوع إليها عند الحاجة أو لإجراء الدراسات والبحوث الطبية .

## تعريف الإدارة

هي الإدارة التي توفر للإدارة العليا قاعدة بيانات وتحولها الى معلومات بقصد اتخاذ القرارات السليمة والمناسبة فيما يتعلق بمصلحة المؤسسة والمريض .

## وتعرف أيضاً

بأنها من أهم الإدارات الحيوية في المستشفى حيث تعتبر العمود الفقري لنظام المعلومات الإحصائية في المستشفى

## الرؤية

تسعى إدارة الإحصاء لأن تكون المرجع الأساسي للمعلومات الإحصائية لجميع الخدمات المقدمة في المستشفى ومرجعاً للدارسين والباحثين في مجال الطب والتحول من السجل الطبي اليدوي الى السجل الطبي الالكتروني .

## الرسالة

توفير البيانات والمعلومات الإحصائية الدقيقة في وقتها لإعداد الدراسات والبحوث الإحصائية التي تساعد في اتخاذ القرارات الصائبة المساهمة في تطوير الخدمات المقدمة للمرضى والعاملين.

## فعالية وكفاءة الإدارة

تكون إدارة المعلومات والسجلات الطبية ذات فعالية عالية عندما تستطيع تحقيق الأتي :

- + احتياج المؤسسة من معلومات
- + تصميم نظام لإدارة المعلومات
- + تحديد البيانات وحيازتها
- + تحليل البيانات وتحويلها إلى معلومات
- + نقل البيانات والمعلومات والافاده عنها
- + تكامل المعلومات واستخدامها

وبلا شك فان الحواسب والتكنولوجية ترفع كفاءة المعلومات ألا أن مبادئ الادارة الجيد للمعلومات تنطبق على كل الأساليب سواء كانت ورقية ام الكترونية والمعايير هذه تصمم لكي تكون منسجمة مع الأنظمة غير المحوسبة والمحوسبة .

## الغرض من استخدام المعلومات

- لاتخاذ القرارات السريرية
- لاتخاذ القرارات الإدارية
- للدراسات والبحوث
- لتحسين الأداء داخل المؤسسة
- لتثقيف المرضى وعائلتهم

## المعايير المقيسة لإدارة المعلومات والسجلات الطبية

### أولاً : التواصل

- 1- تتواصل المؤسسة مع المجتمع لتسهيل الحصول على الرعاية والحصول على المعلومات عن الخدمات التي تقدمها لرعاية المرضى
- 2- تبلغ المؤسسة المرضى وعائلاتهم عن الخدمات والرعاية التي تقدمها وكيفية الحصول عليها
- 3- يتم التواصل مع المرضى وعائلاتهم وتعليمهم بصيغة ولغة مفهومة
- 4- الاتصال الفعال في كل أقسام المؤسسة
- 5- يضمن القادة وجود اتصال وتنسيق فعال بين الأشخاص والأقسام المسؤولين عن تقديم الخدمة السريرية
- 6- تبلغ المعلومات عن رعاية المريض والاستجابة لها الى مقدمي الرعاية الطبية والتمريضية وغيرهم في كل نوبة عمل للهيئة العاملة وبين نوبات العمل

### ثانياً : البيانات والمعلومات

- 7- تكون سجلات المرضى متاحة أمام مقدمي الرعاية لتسهيل توصيل المعلومات الضرورية
- 8- تحال المعلومات المتعلقة برعاية المرضى معاً عندما ينقل الى مؤسسة اخرى
- 9- تخطط المؤسسة أليات إدارة المعلومات وتصممها لتلبية الاحتياجات الداخلية والخارجية الى المعلومات

### ثالثاً : سلامة وأمن المعلومات

- 10- تحفظ خصوصية المعلومات وسريتها

- 11- يحفظ أمن المعلومات بما في ذلك سلامة البيانات**
- 12- يوجد لدى المؤسسة سياسة بشأن مدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات**
- 13- تستخدم المؤسسة رموز تشخيص قياسية ورموز اختصارات ورموز ومختصرات وتعريفاتها**
- 14- تلبي احتياجات الأشخاص داخل المؤسسة وخارجها الى البيانات والمعلومات في الوقت المناسب بصيغة تفي بتوقعات المستخدم وبالتوتيرة المرغوبة**
- 15- يشارك أعضاء الهيئة العاملة الملائمون السريرون والإداريون في انتقال تكنولوجيا إدارة المعلومات وتكاملها واستخدامها**
- 16- حماية السجلات والمعلومات من فقدان والتلف والعبث بها والحصول عليها من دون تصريح**
- 17- تعليم متخذي القرار وغيرهم من أعضاء الهيئة العاملة والملائمين وتدريبهم على مبادئ إدارة المعلومات**
- 18- تحدد المؤسسة سياسة أو بروتوكول خطي متطلبات وضع السياسات والإجراءات وصيانتها**

## رابعاً : السجل الطبي

- 19- تنشئ المؤسسة سجلاً سريريًا لكل مريض جرى تقييمه أو معالجته وتصونه .**
- 1.19 يحتوى السجل السريري على معلومات كافية لتحديد المريض ودعم التشخيص وتبرير العلاج وتوثيق مسار المعالجة ونتائجها وتعزيز استمرار الرعاية بين مقدمي الرعاية الصحية**
- 2.19 يشمل السجل السريري لكل مريض يتلقى رعاية طارئة وقت الوصول والنتائج عند انتهاء المعالجة وحالة المريض عند الخروج وتعليمات المتابعة والرعاية**
- 3.19 تحديد سياسة المؤسسة الأشخاص المخولين بإدخال المعلومات في السجلات السريرية للمرضى ومحتوى السجل وصيغته**
- 4.19 يحدد كل مدخل في السجل السريري للمريض كاتبة وتاريخ كتابته في السجل**

**5.19** تقييم المؤسسة بانتظام محتوى السجلات السريرية للمرضى واكتمالها كجزء من

**أنشطة التحسين**

**20** تدعم البيانات والمعلومات المجمعّة رعاية المرضى وإدارة المؤسسة وبرنامج إدارة

**الجودة**

**20.1** توجد آلية في المؤسسة لجمع البيانات وتحدد المؤسسة ما هي البيانات

والمعلومات التي تجمع بانتظام لتلبية احتياجات الهيئة العاملة الطبية

والسريرية فيها والهيئات الخارجية

**20.2** تدعم المؤسسة رعاية المرضى والتعليم والأبحاث والإدارة بالمعلومات من مصادر

حديثّة في الوقت المناسب

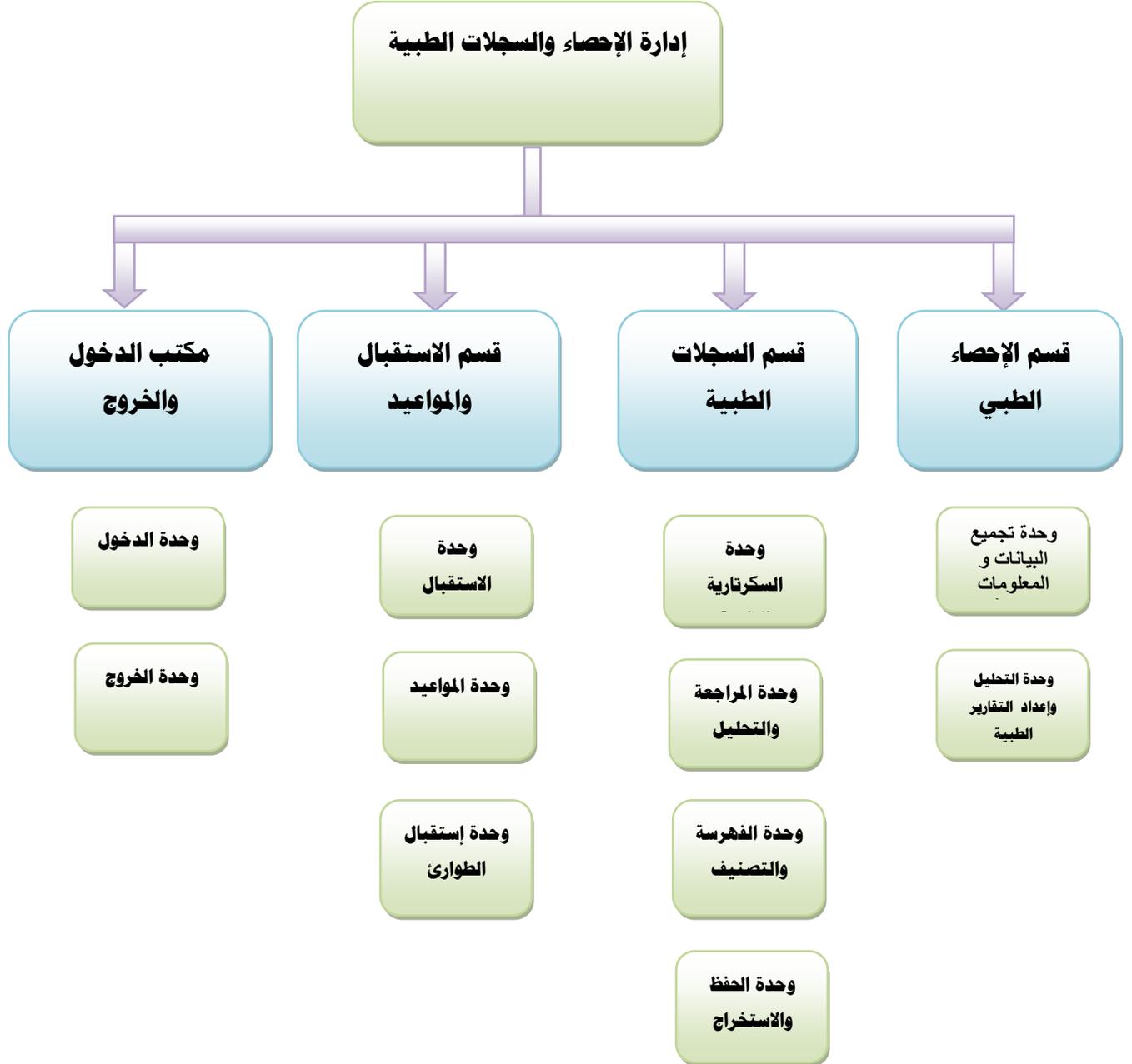
**20.3** يوجد في المؤسسة آلية لاستخدام قواعد البيانات الخارجية أو المشاركة فيها .

## علاقة الإدارة

إدارة الإحصاء والسجلات الطبية من الإدارات التي تكون لها عدة علاقات فلها علاقة خارجية وذلك مع المجتمع وومع المريض وعائلته وعلاقة داخلية مع الأقسام والوحدات التي تقدم الخدمة للمريض ومع الإدارة العليا للمؤسسة الصحية .

علاقة مع	نوع العلاقة	الغرض من العلاقة
المجتمع	خارجية	لتسهيل الحصول على الرعاية والحصول على المعلومات عن الخدمة المقدمة
بالمريض و عائلتهم	خارجية	للحصول على معلومات عن الخدمات والرعاية وكيفية الحصول عليها
بمقدمي الخدمة داخل المؤسسة وخارجها	داخلية	لضمان استمرار الرعاية للمريض وتكاملها
بالقيادة و الإدارة	داخلية	لتلبية احتياجات المؤسسة بالمعلومات بغرض اتخاذ القرارات المناسبة وفي الوقت المناسب

## الهيكل التنظيمي للإدارة



**الفصل الثاني :**  
**التوصيف الوظيفي لمهام إدارة**  
**الإحصاء والسجل الطبية**

## مهام إدارة الإحصاء في المستشفى

- استقبال المرضى وتوجيههم نحو الخدمة الطبية سواء في الطوارئ أو العيادات الخارجية
- تسجيل كافة البيانات الخاصة بالأنشطة الصحية المقدمة للسكان الذي يقع ضمن نطاق المستشفى
- تسجيل بيانات الأنشطة الوقائية المنفذة من قبل طاقم العمل بالمستشفى
- تسجيل بيانات أنشطة صحة البيئة
- تسجيل كافة الوقائع الحيوية ( مواليد - وفيات ) وإصدار بلاغات الولادة والوفاة
- إصدار شهادات الوفاة والتصاريح المرفقة بها .
- تفريغ بيانات السجلات إلى نماذج التفريغ .
- تسجيل وتبليغ حالات الرصد الوبائي
- تسجيل الأنشطة التالية
  - أنشطة الخدمات التشخيصية
  - أنشطة خدمات رعاية الأمومة والطفولة
  - أنشطة صحة الأسرة
  - التعداد اليومي والشهري للمرضى الداخليين
  - حالات الخروج
- إنشاء سجلات مواعيد للمرضى الذين لديهم مراجعة يومية أو شهرية أو دورية
- الإجابة على كافة استفسارات المرضى و استكمال إجراءاتهم مثل الراحة المرضية والتقارير الطبية
- توفير قاعدة بيانات للمستشفى تلبى طموح الإدارة العليا بحيث تساعد في عملية التخطيط والتنظيم واتخاذ القرارات وتحسين الأداء
- تتولى مسئولية ترقيده المرضى وخروجهم
- إنشاء سجل طبي لكل مريض يتم وصوله إلى المستشفى سواء إلى الطوارئ أو العيادات الخارجية أو أقسام الرقود

- إعداد التقارير اليومية والشهرية والسنوية للمستشفى ورفعها الى إدارة الإحصاء بالمديرية أو المحافظة
- تزويد إدارات المستشفى وأقسامها بالمعلومات المطلوبة وفي الوقت المناسب
- حماية سرية وخصوصية المعلومات المتعلقة بالمرضى ، وضمان توافر وسلامة ودقة ، وأمن المعلومات الطبية
- رفع التقارير الخاصة بالحوادث والحالات الجنائية
- الإشراف الإحصائي على الفعاليات الإحصائية المنفذة بالمراكز التي يشرف عليها المستشفى وذلك من أجل التحقق من استكمال المعلومات والسجلات الطبية.
- حفظ وأرشفة البيانات والمعلومات الطبية والسجلات المتعلقة بالرعاية الصحية المقدمة للمرضى .
- إجراء تحليل إحصائي أولي للتقارير الصادرة من المستشفى والتي تخدم إدارة المستشفى وذلك من أجل
  - تحسين الأداء وتصحيح الأختلالات التي قد تظهرها البيانات
  - معرفة نشاط عيادات وأقسام المستشفى
  - معرفة نشاط الوحدات والمراكز التابعة للمستشفى
  - حساب المؤشرات الخاصة بالمستشفى

## أقسام الإدارة

- قسم السجلات الطبية
  - قسم الإحصاء الطبي
  - قسم الاستقبال والمواعيد
  - قسم الدخول والخروج
- وسيتم تفصيل مهام الأقسام في الصفحات التالية

## قسم السجلات الطبية

**الاسم :**

قسم السجلات الطبية

### **الموقع التنظيمي**

يتبع إدارة الإحصاء والسجلات الطبية

### **المهمة الرئيسية**

توفير سجلات طبية متكاملة وفقاً للأصول العلمية لرصد وتدوين المعلومات الاجتماعية والمرضية والطبية والحيوية للمستفيدين من خدمات المستشفى لتحقيق كفاءة وفعالية الرعاية الطبية.

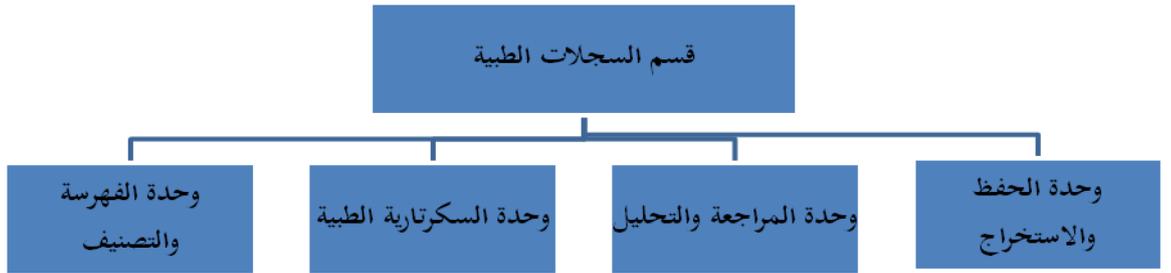
### **المهام الفرعية**

- ✚ مراجعة الملفات الطبية الخاصة بالمرضى المنومين والمرضى المراجعين للعيادات الخارجية وقسم الإسعاف والطوارئ للتأكد من استكمالها لجميع النماذج والمعلومات اللازمة.
- ✚ العمل على استكمال المعلومات والنماذج الناقصة بالتنسيق والتعاون مع الأطباء وهيئة التمريض.
- ✚ إعادة ترتيب نماذج السجلات الطبية وفقاً لتسلسل موحد.
- ✚ فهرسة السجلات الطبية حسب الأطباء والتصنيف الدولي للأمراض والتصنيف الدولي للعمليات الجراحية.
- ✚ حفظ السجلات الطبية والصور والتقارير الإشعاعية وفقاً لأحدث الأساليب العلمية.
- ✚ استرجاع السجلات الطبية حسب متطلبات الرعاية الطبية ، الأبحاث الطبية ، التعليم والتدريب العلمي ، بحث المشاكل الطبية القانونية ، التقويم والرقابة الطبية.
- ✚ إعداد الملخصات وتفرغ المعلومات من السجلات الطبية وفقاً للنماذج المعدة لتسهيل عملية استخدام الملفات الطبية في الأغراض المختلفة.

متابعة حركة الملفات الطبية وإعادة حفظها والعمل على تكامل وحدة الملفات الطبية في حالة تكرار الدخول أو المراجعة بحيث يتم الاحتفاظ بسجل موحد لكل مريض.

الاشتراك في لجنة الجودة ولجنة مكافحة العدوى بالمستشفى.

## وحدات قسم السجلات الطبية



## مهام وحدة الحفظ والاستخراج

- حفظ واستخراج السجلات الطبية
- تحضير السجلات الطبية وفقاً لقائمة المواعيد التي ترد يومياً من وحدة الاستقبال والمواعيد
- المحافظة على السجلات الطبية ومراقبتها ومتابعة إعادة السجلات الطبية التي تخرج من القسم
- إنشاء نظام تقاعد السجلات الطبية المعمول به في المستشفى

## مهام وحدة المراجعة والتحليل

- ترتيب محتويات السجل الطبي حسب النظام المعمول به في المستشفى

- مراجعة السجلات الطبية للمرضى الذين تخرجوا للتأكد من استكمالها لكافة النماذج والمعلومات الطبية والإدارية
- متابعة استكمال السجلات الطبية غير المكتملة مع الأطباء والأشخاص المعنيين في المستشفى

### **مهام وحدة الفهرسة والتصنيف**

- تصنيف الأمراض والعمليات والإجراءات الجراحية وفق نظام التصنيف المعتمد واستخراج الرقم الرمزي لكل مرض أو عملية
- تنظيم وحفظ وإدانة فهارس المرضى وفهارس العمليات وفهارس الأطباء
- تسهيل مهمة الأطباء في إجراء البحوث والدراسات

### **مهام وحدة السكرتارية الطبية**

- استقبال المرضى الذين ادخلوا إلى القسم وتحضير النماذج الطبية التي يحتاجها كل مريض
- تجميع نسخ المحاسبة الخاصة بالمرضى والمحافظة عليها.
- التأكد من وجود كافة النماذج الطبية والقرطاسية التي يحتاجها القسم بالتنسيق مع الممرضة المسؤولة
- القيام بإدخال كافة بيانات المريض في النظام الإلكتروني

- ترتيب النماذج وكافة الأوراق داخل السجل الطبي في القسم وفق الترتيب المعمول به
- تسليم السجلات الطبية للمرضى الخروج الى قسم السجلات الطبية
- تسليم كشف القاعة الإحصائي وقائمة الخروج الى مكتب الإدخال في صباح كل يوم
- الإجابة على المكالمات الهاتفية
- تنظيم سجل خاص بالمرضى الذين يدخلون الى القسم .

### قسم الإحصاء الطبي

#### الاسم :

قسم الإحصاء الطبي

#### الموقع التنظيمي

يتبع إدارة الإحصاء والسجلات الطبية

#### المهمة الرئيسية

توفير وتحليل كافة الإحصاءات المتعلقة بخدمات وأعمال المستشفى.

#### المهام الفرعية

✓ تحديد البيانات الإحصائية المطلوبة من أقسام المستشفى المختلفة.

✓ توفير النماذج والاستمارات والسجلات الإحصائية اللازمة للأقسام

المعنية.

✓ تجميع البيانات الإحصائية من كافة الأقسام وإعداد الإحصاءات

المختلفة من واقع ما يرد من بيانات.

✓ تحليل البيانات واستخراج المؤشرات الإحصائية المختلفة.

- ✓ تزويد المسؤولين والجهات المعنية بالمعلومات الإحصائية
- ✓ الرد على كافة المراسلات التي الواردة الى القسم .
- ✓ إصدار النشرات الإحصائية الدورية عن نشاطات المستشفى المختلفة.
- ✓ إعداد الإجراءات الخاصة بأعمال القسم وفقا للتنظيم المعتمد من المستشفى.
- ✓ إعداد تقارير شهرية عن نشاطات القسم وإنجازاته والملاحظات والتوصيات المتعلقة بتطوير العمل.
- ✓ القيام بأية مهام أخرى يسندها مدير الإدارة في حدود الاختصاص.

## قسم الدخول والخروج

الاسم :

قسم الدخول والخروج

### الموقع التنظيمي

يتبع إدارة الإحصاء والسجلات الطبية

### المهمة الرئيسية

القيام بعملية ترقيد وخروج المرضى والتحكم بلوحة الأسرة داخل المستشفى .

### المهام الفرعية

✓ تطبيق نظام الترقيد في المستشفى وفق للسياسات والمعايير المعتمدة في

المستشفى

✓ استكمال إجراءات الدخول وأخذ كافة المعلومات والبيانات الخاصة برقود

المريض

✓ أخذ كافة الموافقات والتعهدات من قبل المريض أو أقربائه

✓ مراجعة الملفات الطبية وترتيبها والتأكد من استكمالها قبل ترقيد المريض

✓ عمل قائمة التعداد اليومي للمرضى المنومين وضبط لوحة الأسرة داخل

المستشفى

✓ إنشاء وتنظيم وترتيب قائمة انتظار للمرضى

✓ استكمال كافة الإجراءات المتعلقة بخروج المرضى

✓ إعداد الإجراءات الخاصة بأعمال القسم وفقا للتنظيم المعتمد من المستشفى

✓ إعداد تقارير اليومية والشهرية عن نشاطات القسم وإنجازاته والملاحظات

والتوصيات المتعلقة بتطوير العمل.

✓ القيام بأية مهام أخرى يسندها مدير الإدارة في حدود الاختصاص.

## قسم الاستقبال والمواعيد

الاسم :

قسم الاستقبال والمواعيد

### الموقع التنظيمي

يتبع إدارة الإحصاء والسجلات الطبية

### المهمة الرئيسية

القيام بعملية التسجيل المركزي للمرضى وفتح الملفات الطبية للحالات الجديدة وإعداد فهرس المرضى الرئيسي وترتيب المواعيد وتسجيل الحالات وضبط التحويل في العيادات الخارجية

### المهام الفرعية

☒ تطبيق نظام الاستقبال المعتمد من المستشفى

☒ استقبال و تسجيل الحالات وضبط التحويل إلى العيادات الخارجية

☒ استقبال وتسجيل الحالات المرضية الطارئة وحالات الحوادث والإصابات

### العرضية والجنائية

☒ فتح الملفات الطبية للحالات الاسعافية وحالات الطب الشرعي

☒ إنشاء سجلات المواعيد وترتيب حالات المواعيد .

☒ تطبيق وتحديث ومراجعة نظام المواعيد ..

☒ إعداد الإجراءات الخاصة بأعمال القسم وفقا للتنظيم المعتمد من المستشفى

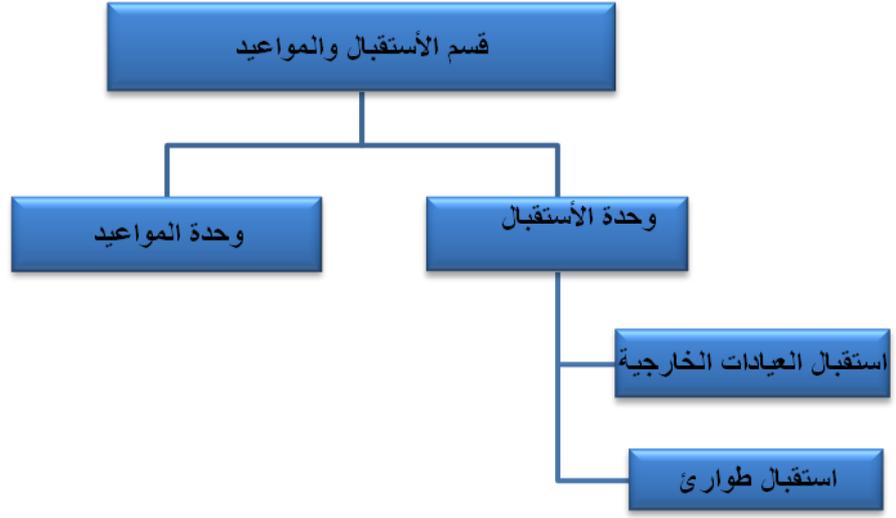
☒ إعداد تقارير شهرية عن نشاطات القسم وإنجازاته والملاحظات والتوصيات

المتعلقة بتطوير العمل.

☒ الاشتراك في لجنة الجودة ولجنة مكافحة العدوى بالمستشفى.

☒ القيام بأية مهام أخرى يسندها مدير الإدارة في حدود الاختصاص.

## وحدات القسم



## مهام وحدة الاستقبال

- ✚ المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات الخاصة باستقبال المرضى في المستشفى
- ✚ أخذ كافة البيانات من المرضى وتسجيلها في ملف المريض سواء كانت ورقية أو الكترونية وإرشادهم نحو الخدمة المطلوبة
- ✚ التنسيق بين الأطباء في العيادات الخارجية وقسم السجلات الطبية
- ✚ التأكد من الوثائق المطلوبة والاحتفاظ بها داخل الملف
- ✚ التأكد من دفع كافة الرسوم المستحقة للخدمة
- ✚ إعداد واستكمال نموذج وملف العيادات الخارجية للمرضى
- ✚ إعداد التقارير اليومية بالحالات التي تم استقبالها

## استقبال الطوارئ

نفس المهام يضاف إليها

- ❖ التبليغ في حالة الحوادث وتسجيل كافة البيانات على نموذج التبليغ
- ❖ البحث والتعرف على الأشخاص المجهولين
- ❖ مساعدة طاقم الطوارئ في حالة الكوارث
- ❖ تكون خدماتها على مدار الساعة
- ❖ الإجابة على التلفون التي تستفسر عن معلومات معينة خاصة بالحالات الطارئة

## مهام وحدة المواعيد

- إنشاء سجلات المواعيد لكافة العيادات
- تحديد مواعيد المراجعات للمرضى
- تحضير كشوفات يومية بأسماء وأرقام المرضى الذين لهم مواعيد في اليوم التالي وإرسالها إلى قسم السجلات الطبية .

## وحدة الاستعلامات

- المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف والبرامج المعتمدة من قبل المؤسسة
- الإجابة على أسئلة واستفسارات المرضى
- الإجابة على المكالمات الهاتفية وشرح التعليمات للمرضى وغوائلهم

**الفصل الثالث :**  
**التوصيف الوظيفي لموظفي**  
**إدارة الإحصاء والسجل الطبية**

## مدير إدارة الإحصاء والسجل الطبي

### المرجعية :

المدير الطبي

### المؤهل :

بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية أو صحة مجتمع أو إدارة مستشفيات .  
دبلوم إحصاء طبي  
خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات.

### المهام الرئيسية :

- ❖ القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع الخدمات والنشاطات التي تقوم بها الإدارة .
- ❖ الإشراف على برنامج التدريب والتعليم المستمر للعاملين في الإدارة .
- ❖ المشاركة بوضع برنامج إدارة الجودة بالمستشفى والإشراف على تطبيق ما يخص الإدارة.
- ❖ يعمل ضمن عضوية مجلس إدارة المستشفى .
- ❖ الإشراف على تطبيق البرامج الخاصة بالأقسام التابعة له والتنسيق فيما بينهما بما يحقق التكامل في العمل وضمان أفضل النتائج .
- ❖ الإشراف على وضع دليل إجراءات العمل في الأقسام التابعة له والعمل على تحديثه بين الحين والآخر
- ❖ الإشراف على تطبيق الأنظمة واللوائح والتعليمات الخاصة بأقسام الإدارة بالمستشفى.
- ❖ التنسيق مع مختلف إدارات المستشفى بشأن البرامج والخطط المشتركة وحل المشاكل .
- ❖ وضع الميزانية المالية السنوية الخاصة بالأقسام التابعة له والمشاركة بأعداد الميزانية المالية السنوية للمستشفى مع مختلف الإدارات المختصة ومناقشتها مع مجلس إدارة المستشفى.
- ❖ تقييم إنجاز العاملين بالقسم ورفع التوصيات بذلك.
- ❖ يعمل رئيس للجنة السجلات الطبية .
- ❖ يعمل ضمن لجنة تصميم النماذج الطبية .
- ❖ الإشراف على كل التقارير الصادرة من الإدارة .
- ❖ يعمل ضمن لجنة القضايا الجنائية .
- ❖ رفع تقارير دورية عن نشاطات الإدارة .
- ❖ التصديق على التقارير والراحات المرضية والبلاغات الخاصة بالحوادث والمراسلات الخاصة بالإدارة .
- ❖ الإجابة على كافة الكتب و المراسلات الرسمية التي ترد على الإدارة .
- ❖ القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

## نائب مدير إدارة الإحصاء والسجل الطبي

### المرجعية :

مدير إدارة الإحصاء والسجل الطبي.

### المؤهل :

بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية أو صحة مجتمع أو إدارة مستشفيات .  
دبلوم إحصاء طبي  
خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات.

### المهام الرئيسية :

- ✚ المشاركة في وضع سياسات وأهداف الإدارة .
- ✚ المشاركة في التخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع نشاطات وخدمات الإدارة .
- ✚ الإشراف اليومي على العاملين والتنسيق فيما بينهم والتأكد من التزامهم بالادوام وحل المشاكل فيما بينهم .
- ✚ الإشراف والمتابعة اليومية على المناوبين ووضع وترتيب جداول المناوبات والتنسيق فيما بينهم .
- ✚ الموافقة على إجازات الموظفين بعد القيام بتغطية العمل في الأقسام .
- ✚ التنسيق بين أقسام الإدارة بشأن تنفيذ سياسات العمل والتعليمات الصادرة من الإدارة .
- ✚ يعمل نائب لرئيس لجنة السجلات الطبية .
- ✚ يساعد مدير الإدارة في أعماله ويحل محله في غيابه.
- ✚ القيام بأي أعمال أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

## مراقب الجودة

### المرجعية :

مدير إدارة الإحصاء والسجل الطبي.

### المؤهل :

بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية أو صحة مجتمع أو إدارة مستشفيات .  
دبلوم إحصاء طبي  
خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات.

### المهام الرئيسية :

- ✚ متابعة تطبيق السياسات والاجراءات الخاصة بالجودة فيما يخص الإدارة .
- ✚ البحث عن فرص التحسين وعمل مشاريع التحسين والإجراءات التصحيحية الأزمة لذلك .
- ✚ القيام بتثقيف الكادر عن سياسات وإجراءات العمل الخاصة بكل قسم في الإدارة .
- ✚ رفع المؤشرات الإحصائية الخاصة بالإدارة .
- ✚ التواصل مع إدارة الجودة لمتابعة أي جديد في الجودة فيما يخص الإدارة .
- ✚ يعمل عضو في لجنة السجلات الطبية .
- ✚ التأكد من القيام بعمل عينة من السجلات الطبية لمراجعتها شهرياً
- ✚ التأكد من ترتيب السجل الطبي حسب السياسات .
- ✚ حضور الاجتماعات الدورية الخاصة بمراقبي الجودة .
- ✚ رفع الحوادث العرضية إلى إدارة الجودة حسب السياسة .
- ✚ القيام بأي أعمال أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

## مناوب الإحصاء

### المرجعية :

نائب مدير إدارة الإحصاء والسجل الطبي .

### المؤهل

دبلوم إحصاء طبي أو دبلوم سكرتارية مع خبرة لا تقل عن سنتين في الإحصاء .

### المسؤولية :

- ❖ استقبال المرضى والمراجعين للطوارئ بلطف والإجابة على أسئلتهم واستفساراتهم .
- ❖ التأكد من استكمال المرضى لكافة الوثائق المطلوبة حسب النظام والتعليمات الصادرة من الإدارة .
- ❖ اخذ المعلومات الكافية من المريض وإدخالها على جهاز الكمبيوتر مثل : اسم المريض ، اسم الزوج ، عنوان السكن ، رقم الهاتف ، العمر ، الطبيب المعالج .
- ❖ فتح ملفات جديدة للمرضى الذين يراجعون الطوارئ لأول مرة وإعطاء المريض الرقم الذي يظهر على شاشة الكمبيوتر.
- ❖ البحث عن المرضى الذين تم مراجعتهم المستشفى سابقاً.
- ❖ تسجيل المرضى وإرسالهم للطوارئ .
- ❖ استكمال إجراءات الرقود للحالات الطارئة والتي تقرر ترقيدها في المستشفى .
- ❖ رفع بلاغات بالحوادث بكافة أنواعها إلى الإدارة .
- ❖ استكمال اجراءات دخول وخروج الموتى من الثلاجة .
- ❖ جمع ورفع الإحصائية اليومية إلى الإدارة العليا .
- ❖ القيام بأي مهام أخرى ضمن اختصاصه .

## رئيس قسم السجلات الطبية

### المرجعية :

مدير إدارة الإحصاء والسجلات الطبية .

### المؤهلات :

☒ بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية أو صحة مجتمع أو إدارة مستشفيات

☒ دبلوم إحصاء طبي

☒ خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات.

### المهام الرئيسية :

- القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع الخدمات والنشاطات التي يقوم بها قسم السجلات الطبية من حفظ واستخراج الملفات الطبية وفهرسة وتصنيف الأمراض والعمليات وتحليل وترتيب النماذج والملفات وإدخال وإخراج المرضى و إعداد التقارير الطبية.
- وضع برنامج التدريب والتعليم المستمر للعاملين في قسم السجلات الطبية.
- التنسيق بين القسم والأقسام الأخرى في المستشفى وحل المشاكل.
- الإشراف على تطبيق نظام السجلات الطبية المعتمد.
- الإشراف على استكمال الإجراءات على الملفات الطبية مع الأطباء المعنيين وتقديم الاستشارة للجهاز الطبي في مختلف الأمور المتعلقة بالسجل الطبي
- تقييم إنجاز العاملين بالقسم ورفع التوصيات بذلك.
- يعمل عضواً في لجنة السجلات الطبية.
- تطوير النماذج الطبية المستعملة في المستشفى.
- حضور المحاضرات والندوات الخاصة بعمل القسم.
- إعداد التقارير الدورية اللازمة عن نشاطات القسم.
- المشاركة بوضع برنامج إدارة الجودة بالمستشفى والإشراف على تطبيق ما يخص السجلات الطبية منه.
- الإجابة على كافة الكتب والمراسلات الرسمية التي ترد على القسم.
- القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

## مساعد رئيس قسم السجلات الطبية .

### المرجعية :

رئيس قسم السجلات الطبية .

### المؤهل :

دبلوم سجلات أو إحصاء طبي أو ما يعادلها .

### المسؤولية :

ينوب عن رئيس القسم حال غيابه .

### المهام الرئيسية :

❖ ينوب عن رئيس القسم خلال فترة غيابه .

❖ حل المشاكل اليومية التي تعترض القسم حسب تعليمات وتوجيهات رئيس القسم.

❖ التنسيق بين وحدات السجلات المختلفة لضمان أنجاز الأعمال المطلوبة بكفاءة

عالية .

❖ الإشراف على تدريب العاملين في القسم وفق البرنامج الموضوع من قبل رئيس القسم

لهذه الغاية.

## فني سجلات طبية

### المرجعية :

رئيس قسم السجلات الطبية .

### المؤهل :

دبلوم سجلات أو إحصاء طبي أو ما يعادلها .

### المسئولية

- ☒ متابعة استكمال الإجراءات على السجل الطبي غير المكتمل مع الأطباء من خلال تنظيم البطاقات الخاصة بذلك.
- ☒ تصنيف الأمراض والعمليات والإجراءات الجراحية وفق نظام الأمراض والعمليات المعتمد لاستخراج
- ☒ الرمز العالمي لكل مرض أو عملية أو إجراء.
- ☒ تنظيم فهرس الأمراض والعمليات وفهرس الطبيب والمحافظة عليه.
- ☒ مساعدة الأطباء وتسهيل مهمتهم لإجراء البحوث والدراسات العلمية من خلال المعلومات المتوفرة في قسم السجلات الطبية.
- ☒ الإشراف على نظام حفظ الملفات الطبية وإجراء التفتيش الدوري على الملفات المحفوظة .
- ☒ تحضير أية إحصاءات طبية تطلب من خلال فهارس الأمراض والعمليات والأطباء.
- ☒ القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

## فني مراجعة سجلات طبية

### المرجعية :

رئيس قسم السجلات الطبية .

### المؤهل :

دبلوم سجلات أو إحصاء طبي أو ما يعادلها .

### المسؤولية

- ✓ ترتيب محتويات السجل الطبي وفقاً للنظام المعمول به في القسم
- ✓ مراجعة وتحليل السجلات الطبية للمرضى الذين أخرجوا من المستشفى للتأكد من وجود كافة النماذج الطبية واستكمالها لكافة المعلومات والبيانات الطبية.
- ✓ مراجعة وتحليل المعلومات الطبية ومقارنة الإجراءات الطبية بالمعايير الموضوعية من قبل لجنة الجودة النوعية.
- ✓ العمل عضواً ومنسقاً في لجنة الجودة بالمستشفى.
- ✓ القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

## مساعد فني سجلات طبية

### المرجعية :

رئيس قسم السجلات الطبية .

### المؤهل:

دبلوم سجلات طبية أو إحصاء طبي أو ما يعادلها.

### المسؤولية :

- ✓ حفظ وترتيب السجلات الطبية حسب الطريقة المعتمدة.
- ✓ استخراج وتحضير السجلات الطبية.
- ✓ تنظيم بطاقة مراقبة السجلات الطبية عند الاستخراج.
- ✓ تدقيق بطاقة مراقبة السجلات الطبية عند الحفظ.
- ✓ فرز السجلات الطبية غير النشطة والتصرف بها حسب النظام.
- ✓ تدقيق السجلات المحفوظة بهدف اكتشاف الأخطاء.
- ✓ ترقيم وتلوين السجلات الطبية الجديدة.
- ✓ تنظيم بطاقة فهرس المريض لكل سجل طبي.
- ✓ مساعدة فني السجلات الطبية في عمله.
- ✓ القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه .

## السكرتارية الطبية

### المرجعية :

رئيس قسم السجلات الطبية .

### المؤهل :

دبلوم سكرتارية طبية أو سكرتاريا .

### الوصف الوظيفي للسكرتير الطبي:

- 1- التأكد من اكتمال الملف الطبي و احتواءه على : نموذج الإدخال ( الدخول و الخروج ) - التفويض و التعهد .نموذج الفحص السريري نموذج أمر الطبيب .
- 2- استكمال النماذج الناقصة في الملف الطبي .
- 3- كتابة اسم المريض و تاريخ الدخول و اسم الطبيب و الساعة في سجل المرضى وكذا التسجيل في كشف التعداد اليومي .
- 4- التأكد من أن نموذج الدخول مكتمل البيانات (اسم و رقم المريض و الساعة و الغرفة والسرير)
- 5- التأكد من توقيع التمريض التفويضات
- 6- التأكد من المريض مرسل ومدخل بالنظام .
- 7- التأكد من تعبئة نموذج الدخول والخروج من قبل الطبيب المشرف على الحالة .
- 8- التأكد من كتابة كافة الأدوية والإجراءات للمريض وإدخالها على الكمبيوتر ،
- 9- ترتيب الملف حسب السياسة.
- 10- مراجعة الملف وإرساله إلى وحدة مراجعة الملفات التابع لقسم السجلات الطبية.
- 11- كتابة اسم المريض وتاريخ الخروج وكتابة ساعة الخروج، والطبيب الذي كتب الخروج في سجل الخروج .
- 12- عند خروج المريض فعلا من القسم يتم مسح اسم المريض من الكشف اليومي للمرضى ومن الكمبيوتر .
- 13- القيام بمعرفة عدد الحالات الموجودة في القسم .
- 14- إدخال البيانات في الكمبيوتر المتعلقة بكافة الإجراءات والمستلزمات لكل مريض على حده...
- 15- استكمال إجراءات الخروج للمرضى الذين كتب لهم خروج من قبل الطبيب .
- 16- التأكد من أن بيانات المريض موجودة على النظام عند الدخول وتعديلها عند الخروج .
- 17- كتابة اسم ورقم الملف والغرفة والدرجة وتاريخ الدخول في كشف المرضى اليومي عند الدخول وشطبها عند خروج المريض.
- 18- التسليم في نهاية الشفت للموظف الذي يليه.

## مراسل السجلات الطبية

### المرجعية :

رئيس قسم السجلات الطبية

### المؤهل :

ثانوية

### المسؤولية :

- ❖ متابعة إرسال المذكرات الرسمية إلى الإدارة والأقسام المختلفة .
- ❖ إرسال الملفات الطبية إلى الأقسام المختلفة عند دخول مريض .
- ❖ إحضار الملفات الطبية يوميا من الأقسام المختلفة بعد خروج المريض ب24 ساعة وإرسالها إلى قسم السجلات الطبية.
- ❖ كتابة الطلبية الأسبوعية وإحضارها مرة في الأسبوع .
- ❖ كتابة طلبات الصيانة للقسم ومتابعتها مع قسم الصيانة .

## رئيس قسم الدخول والخروج

### المرجعية :

مدير إدارة الإحصاء والسجلات الطبية .

### المؤهل :

بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية أو صحة مجتمع أو إدارة مستشفيات .  
دبلوم إحصاء طبي  
خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات.

### المهام الرئيسية :

- ❖ التخطيط والتنظيم لأعمال القسم .
- ❖ التوجيه والرقابة لكافة أعمال و نشاطات القسم.
- ❖ المشاركة في اختيار موظفي القسم.
- ❖ تنفيذ سياسة المستشفى المتعلقة برفود المرضى وإخراجهم ووضع إجراءات عمل تكمن العاملين في القسم من تنفيذ هذه السياسات
- ❖ تدريب العاملين على كافة الإجراءات والإعمال المتعلقة بالعمل والتأكد من قيامهم بذلك الأعمال .
- ❖ التنسيق بين القسم و بقية أقسام المستشفى و حل المشاكل التي قد تحدث مع تلك الأقسام.
- ❖ ضبط لوحة أسرة المستشفى وتنظيم دخول المرضى في ضوء الأنظمة والتعليمات التي تضعها الإدارة .
- ❖ متابعة تطبيق نظام دخول وخروج المرضى و تطويره .
- ❖ متابعة استكمال الملفات مع الأطباء قبل ترقيده المريض .
- ❖ الإجابة على كافة الكتب و المراسلات الرسمية التي ترد على القسم.
- ❖ المشاركة في تقويم و تحسين النماذج الطبية المستعملة .
- ❖ تقييم موظفي القسم .
- ❖ القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه .

## موظف قسم الدخول والخروج

### المرجعية :

رئيس قسم الدخول والخروج .

### المؤهل :

دبلوم إحصاء طبي أو ما يعادلها .

### المسؤولية :

- ❖ تنفيذ سياسات المستشفى المتعلقة بإدخال المرضى
- ❖ القيام بكافة الأعمال والإجراءات المرتبطة بدخول المرضى الى المستشفى
- ❖ أن يكون لطيفاً في معاملته للأطباء المحولين وللجمهور والمرضى وأن يحرص على بشاشة الوجه.
- ❖ استقبال المرضى الذين تقرر إدخالهم واستكمال الإجراءات والتأكد من ان هناك سرير شاغرا م لا .
- ❖ يقوم بأخذ المعلومات بكل دقة والاستفسار عن طريق الكمبيوتر بأنه سبق وادخل المستشفى وبعدها يقوم بالإجراءات المتبعة في القسم.
- ❖ شرح تعليمات المستشفى للمريض وذويه ( المتعلقة بالكفالة والتعهد والأمانات )وتعليمات الزيارة والمرافقين .
- ❖ إبلاغ الأقسام المعنية بالمستشفى عند دخول المريض بعمل الترتيبات اللازمة له .
- ❖ الإشراف على نقل المرضى مع أوراقهم بواسطة المراسل من الإدخال إلى القسم الخاص بهم مع ضرورة وجود الملف الطبي الخاص بالمريض .
- ❖ اخذ أسماء المواليد الجدد وعمل ملفات دخول لهم .
- ❖ إذا كان المريض بحاجة إلى كرسي متحرك يتم إرساله إلى القسم على كرسي متحرك بواسطة مراسل الإدخال .
- ❖ تزويد قسم الإحصاء بالبيانات والمعلومات اللازمة .
- ❖ القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه .

## رئيس قسم الاستقبال والمواعيد

### المرجعية :

مدير إدارة الإحصاء والسجلات الطبية .

### المؤهل :

بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية أو صحة مجتمع أو إدارة مستشفيات .  
دبلوم إحصاء طبي  
خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات.

### المهام الرئيسية :

- ❖ التخطيط و التنظيم لأعمال القسم .
- ❖ التوجيه و الرقابة لكافة أعمال و نشاطات القسم.
- ❖ المشاركة في اختيار موظفي القسم.
- ❖ التنسيق بين القسم و بقية أقسام المستشفى و حل المشاكل التي قد تحدث مع تلك الأقسام.
- ❖ استقبال ملاحظات و شكاوي المراجعين و وضع الحلول المناسبة لها .
- ❖ متابعة تطبيق نظام استقبال المرضى و المواعيد و تطويره .
- ❖ متابعة استكمال بيانات المرضى و تأكيدها في النظام .
- ❖ مراقبة موظفي القسم للتأكد من تطبيق سياسية استقبال المرضى .
- ❖ الإجابة على كافة الكتب و المراسلات الرسمية التي ترد على القسم.
- ❖ المشاركة في تقويم و تحسين النماذج الطبية المستعملة .
- ❖ تقييم موظفي القسم
- ❖ القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه .

## فني استقبال ومواعيد

### المرجعية :

رئيس قسم الاستقبال والمواعيد .

### المؤهل :

دبلوم إحصاء طبي أو دبلوم سكرتارية مع خبرة لا تقل عن سنتين في الإحصاء .

### المسؤولية :

- ❖ استقبال المرضى والمراجعين بلطف والإجابة على أسئلتهم واستفساراتهم .
- ❖ التأكد من استكمال المرضى لكافة الوثائق المطلوبة حسب النظام والتعليمات الصادرة من الإدارة .
- ❖ اخذ المعلومات الكافية من المريض وإدخالها على جهاز الكمبيوتر مثل : اسم المريض ، اسم الزوج ، عنوان السكن ، رقم الهاتف ، العمر ، الطبيب المعالج .
- ❖ فتح ملفات جديدة للمرضى الذين يراجعون العيادات لأول مرة وإعطاء المريض الرقم الذي يظهر على شاشة الكمبيوتر.
- ❖ البحث عن المرضى الذين تم مراجعتهم المستشفى سابقاً.
- ❖ تسجيل المريض على العيادة المراد الدخول إليها.
- ❖ التسجيل في كرت المواعيد لكل زيارة للمريض ( جديدة أو مراجعه )
- ❖ إرسال الملف الطبي للمريض مع المراسل إلى العيادة المختصة .
- ❖ تأكيد الفحوصات الطبية للمرضى حسب النظام المعمول به في المستشفى .
- ❖ تزويد قسم الإحصاء بالبيانات والمعلومات اللازمة .

## رئيس قسم الإحصاء الطبي

### المرجعية :

مدير إدارة الإحصاء والسجلات الطبية .

### المؤهل :

بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية أو صحة مجتمع أو إدارة مستشفيات .  
دبلوم إحصاء طبي  
خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات.

### المهام الرئيسية :

- ❖ القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع نشاطات القسم .
- ❖ وضع دليل إجراءات العمل الخاصة بالقسم وتحديثه بين الحين والآخر .
- ❖ التنسيق مع مختلف أقسام المستشفى لتطبيق برامج العمل وجمع المعلومات الإحصائية المطلوبة
- ❖ تقديم المشورة الفنية للعاملين بأقسام المستشفى ذات العلاقة بالمعلومات الإحصائية .
- ❖ وضع برنامج التعليم والتدريب المستمر لتأهيل العاملين بالقسم .
- ❖ تقييم مستوى أداء العاملين بالقسم ورفع التوصيات بذلك .
- ❖ حضور الاجتماعات والندوات الخاصة بعمل القسم .
- ❖ رفع التقارير الدورية عن نشاطات القسم .
- ❖ تزويد الجهات المعنية بالمعلومات الإحصائية
- ❖ الرد على كافة المراسلات التي ترد بهذا الخصوص وعلى ضوء التعليمات المعمول بها .
- ❖ الإشراف على عملية التحليل الإحصائي للبيانات التي تجمع من المستشفى .
- ❖ المشاركة في الدراسات والبحوث الصحية التي تجري في المستشفى .
- ❖ المشاركة في تقويم و تحسين النماذج الطبية المستعملة .
- ❖ القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه .

## أخصائي إحصاء

### المرجعية :

رئيس قسم الإحصاء الطبي

### المؤهل :

- ❖ بكالوريوس في الإحصاءات الصحية والحيوية او في علم الأوبئة.
- ❖ دبلوم إحصاء طبي
- ❖ خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات

### المسؤولية

- ❖ تحديد البيانات والمعلومات الإحصائية المطلوبة من مختلف الأقسام على ضوء الأنظمة والتعليمات
- ❖ المعمول بها.
- ❖ تدريب فنيي الإحصاء على تجميع وتفريغ البيانات في النماذج المعدة لذلك.
- ❖ الإشراف المستمر على فنيي الإحصاء وتقديم المساعدة الفنية لهم.
- ❖ الإشراف على تجميع البيانات والمعلومات الإحصائية اليومية وأجراء التحليل الإحصائي اللازم
- ❖ واستخراج المؤشرات.
- ❖ إعداد التقرير الإحصائي اليومي أو الشهري ورفعها لرئيس القسم.
- ❖ إعداد النشرة السنوية الإحصائية عن المستشفى.
- ❖ المشاركة مع الأقسام ذات العلاقة للقيام بالأبحاث العلمية.
- ❖ تقديم المشورة الفنية للأقسام.
- ❖ القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

## فني إحصاء طبي

### المرجعية :

رئيس قسم الإحصاء الطبي .

### المؤهل:

دبلوم سجلات أو إحصاء طبي أو ما يعادلها .

### المسؤولية :

- ❖ إعداد تقارير إحصائية متعلقة بحركة المرضى لجميع الأقسام الطبية.
- ❖ جمع المعلومات و البيانات وتبويبها وتحليلها وتدقيقها.
- ❖ إدخال هذه المعلومات على جهاز الحاسوب وحفظها .
- ❖ إعداد إحصائيات في صورة جداول ورسومات بيانية يسهل قراءتها .
- ❖ رفع التقارير الإحصائية إلى رئيس القسم .
- ❖ تزويد الإدارة بصورة عن هذه التقارير الشهرية والسنوية .
- ❖ تزويد مركز المعلومات ببيان شهري عن حركة المرضى والمعدلات الحيوية
- ❖ إصدار شهادات الميلاد والوفاة .
- ❖ إصدار الراحات المرضية .
- ❖ إصدار التقارير القضائية والجناحية .

## **الفصل الرابع :**

### **بيانات ومعلومات الإدارة**

## البيانات والمعلومات في الإدارة

### أولاً : السجلات

من اجل تجميع البيانات بطريقة صحيحة لابد أولاً أن تكون هناك قاعدة بيانات و تتمثل هذه القاعدة بالسجلات الورقية والالكترونية و إليكم أهم السجلات التي تعمل بها الإدارة .

#### 1- سجل الاستقبال

ويحتوي على البيانات والمعلومات التالية

- اسم المريض
- الجنس
- الحالة الاجتماعية
- العمر
- العنوان
- نوع الزيارة
- رقم التلفون
- ملاحظات

يمكن تطبيق هذه السجل الكتروني

#### 2- سجل استقبال الطوارئ

ويحتوي على البيانات والمعلومات التالية

- اسم المريض الرباعي
- رقم المريض
- الجنس
- الحالة الاجتماعية

- العمر
- العنوان
- التشخيص
- الاجراءات الطبية
- نتيجة الخروج

شفاء 

تحويل 

رقود 

### 3- سجل الحوادث

نفس بيانات الطوارئ اضافة الى تسجيل تفاصيل لنوع الحادث

### 4- سجل المواعيد

ويتم تسجيل فيها البيانات التالية اسم المريض ، العمر ، الجنس ، العيادة ، تاريخ المراجعة ، تاريخ العودة ، ملاحظات

### 5- سجل الرقود

ويتم تسجيل فيه البيانات التالية ، أسم المريض ، العمر ، الجنس ، اسم الطبيب، التشخيص ، القسم ، الغرفة ، السرير ، تاريخ الدخول وغيرها

### 6- سجل الخروج

نفس بيانات سجل الدخول إضافة إلى البيانات التالية

تاريخ الخروج

ونوع الخروج

وغيرها

### 7- سجل تسليم الملفات الطبية

ويتم تسجيل فيه البيانات المتعلقة باستلام وتسليم السجلات الطبية و

### 8- سجل الملفات الخارجة من قسم السجلات

ويتم تسجيل فيه البيانات التالية

اسم المريض ، العمر ، النوع ، اسم الطبيب الذي طلب الملف ، الغرض من الطب  
، مدة الطلب ، تاريخ التسليم ، اسم مستلم الملف ، التوقيع ، تاريخ الإرجاع  
9- سجل شهادات الوفاة

ويتم تسجيل فيه البيانات التالية

اسم المتوفى ، العمر ، الرقم العسكري ، الوحدة ، تاريخ الوفاة ، تاريخ تسليم الشهادة ،  
اسم المستلم ، التوقيع ، وغيرها  
10- سجل الراحة المرضية  
ويتم تسجيل فيه البيانات التالية

اسم المريض ، الوحدة ، التشخيص ، مدة الإجازة ، اسم الطبيب ، تاريخ الإجازة

## ثانياً : السجل الطبي

حسب المعايير المقيسة للإدارة فإنه لا بد من توفير سجل طبي لكل مريض سواء راجع فيها  
العيادات أو الطوارئ أو أقسام الرقود .  
لهذا فإن إدارة الإحصاء والسجل الطبي تلتزم بهذا المعيار سواء كان الملف أو السجل الطبي ورقي  
أو الكتروني وبالتالي فإن أي مريض يزور المستشفى لا بد من فتح ملف طبي سواء العيادات  
الخارجية أو الطوارئ أو الرقود

- السجل الطبي لمرضى العيادات الخارجية ( ملف المرضى )
- السجل الطبي لمرضى الطوارئ
- السجل الطبي لمرضى الرقود

ويحتوي السجل الطبي على عدة نماذج تقسم ما بين النماذج الأساسية والنماذج الخاصة  
النماذج الأساسية التي يحتوي عليها السجل الطبي

- نموذج الدخول والخروج
- الفحص السريري
- الخطة العلاجية
- ملاحظات التقدم
- نماذج الفحوصات التشخيصية

- نماذج الموافقات والتفويضات
- نموذج ملخص الخروج
- نماذج التمريض
- نموذج التثقيف
- تقارير العمليات الجراحية
- تقارير التحدير

إضافة إلى النماذج الخاصة والتي يتم إدراجها حسب الحالة المرضية للمريض

### ثالثاً: نماذج عمل إدارة الإحصاء

تتولى الإدارة مسئولية تصميم وإعداد والإشراف على طباعة النماذج الخاصة بالسجل الطبي للمرض والتي ذكرت أعلاه إضافة إلى ذلك فإن لدى الإدارة نماذج خاصة يتم تسيير العمل بها وهي كالتالي

نموذج الراحات المرضية

نموذج بلاغات الحوادث الفردية والجماعية وبلاغات الأمراض المعدية

نموذج التصاريح دخول ثلاجة موتى والخروج منها

نموذج دخول وخروج المرضى

نموذج استلام وتسليم الملف الطبي

نموذج طلب الملف الطبي

نموذج بلاغات الوفاة وشهادات الوفاة

نموذج التقارير الطبية والجنازية

## رابعاً: التقارير الواردة الى الإدارة

وتتمثل هذه التقارير

❖ التقارير اليومية : والتي تأتي من قسم الدخول والخروج

ومن كافة الأقسام في يوم واحد

وهي عبارة عن تعداد يومي لجميع أنشطة المستشفى

❖ التقارير الشهرية :

❖ التقارير السنوية

التقرير	المصدر	أهم البيانات
اليومي	الأقسام اضافة الى مكتب الدخول	التعداد اليومي وقائمة الدخول والخروج وأسماء المرضى والوفيات وجميع أنشطة وخدمات المستشفى
الشهرية	الأقسام السريرية والتشخيصية والعيادات والطوارئ	نشاط تلك الأقسام
السنوية	الأقسام مع الإدارات	نشاط تلك الأقسام والإدارات

## **الفصل الخامس :**

### **سياسات العمل داخل الإدارة**

## سياسة الاستخدام الأمثل للمعلومات

### 1. المحتويات :

الاستخدام الأمثل أو المناسب للمعلومات يكون عند اتخاذ القرار والتخطيط الاستراتيجي وتحديد أوليات ونوعية المشاريع التحسينية

### 2. الأهداف :-

- لتحقيق الاستفادة القصوى من المعلومات اللازمة عند اتخاذ القرارات التحسينية
- لتحديد المجالات التي تحتاج الى تحسين
- لترتيب الأولوية في احتياج التحسين
- لتحديد الأدوات اللازمة للتحسين

### 3. السياسة :

#### 3-1 التخطيط الاستراتيجي :

3-1-1 يتم عمل التخطيط الاستراتيجي بناء على نتائج المعلومات التي تحدد المناطق والأوليات التي تحتاج إلى اهتمام فوري وتحسين

3-1-2 التخطيط الاستراتيجي يكون على المدى القصير لمدة 3 سنوات و5 سنوات على المدى البعيد مع إدخال تحديثات عند المراجعة السنوية للخطة التشغيلية

3-2 اتخاذ القرارات يكون بناء على البيانات التي تحدد طبيعة المشكلة أي جذور وأسباب المشكلة وذلك لغرض التعرف على الفرص التحسينية في حالة وجود

❖ نقص أو خلل في النظام

❖ نقص في المعرفة

❖ نقص في الأداء الفردي والسلوكي

3-3 لعمل تحسين الأداء يتم استخدام منهجية ونموذج FOUCS.PDCA

### 4. المسؤوليات :

✚ قادة المؤسسة مسئولون عن استخدام المعلومات المناسبة عند الحاجة

✚ رئيس لجنة تحسين الجودة مسئول عن تزويد الموظفين بالمعلومات من خلال التغذية الراجعة بناء على تحليل المعلومات .

✚ مدراء الإدارات ورؤساء الأقسام المشاركون مسئولون عن جمع البيانات وتحليلها والحفاظ على سريتها

✚ قسم تكنولوجيا المعلومات مسئول عن توفير البيانات بالوقت المناسب بحسب تطبيقات المستخدم

### 5. التعاريف :-

**1-5** تحديد البيانات :- وتعني الأرقام والحقائق التي يتم معالجتها وتحليلها مثل الإحصاءات والسجلات التي يستفيد منها متخذ القرار وذلك باستنتاج الحلول منها

**2-5** اتخاذ القرار :- هو الوصول الى احد الحلول المناسبة بناء على البيانات التي تم تحديدها

**3-5** التخطيط الاستراتيجي :- هو عملية منظمة تدرس المستقبل وتقوم على أساس التقييمات الداخلية والخارجية للمؤسسة وتركز على الواقع الراهن والمستقبل المنظور وتحديد الاحتياجات والأولويات والقدرات والموارد المتاحة

**4-5** ترتيب الأولويات يتعلق بعدة قرارات أهمها

- القرارات ذات الأهمية سواء الإدارية أو السريرية ودعم وظائف
- قياسات الأداء واستخدامها
- تحليل القضايا الأكثر أهمية
- تحسين العمليات والنتائج

**5-5** تحسين الجودة :- تطبيق المنهج العلمي لتحسين اداء العمليات

**6-5** الأداء :- هو الإجابة عن ما هو العمل وكيف سيتم تقديم العمل بمعنى .... تقديم الخدمة الطبية بشكل

جيد ،،،

**7-5** منهجية **FOCUS . PDCA** تعني الآتي

**F** : البحث عن فرص التحسين

**O** : تشكيل فريق التحسين

**U** : توضيح العملية الحالية للتحسين

**C** : فهم سبب الاختلاف في العملية

**S** : اختيار طريقة التحسين

**PDCA** طريقة تنفيذ الحلول

**P** : خطة العمل للتحسين

**D** : تنفيذ عملية التحسين

**C** : التحقق من النتائج

**A** : العمل على المحافظة على النتائج

**6- الإجراءات**

**1-6** اتخاذ القرار

**1-1-6** عند استلام المعلومات المحللة والتوصيات يقوم رئيس تحسين الجودة بمناقشة النتائج مع اللجنة

**2-1-6** أشرك القسم المعني في جمع البيانات للمساعدة في عملية التحسين

**2-6** عملية التخطيط الاستراتيجي

**1-2-6** التحليل الخارجي :- يشمل الأهداف والبيانات التي تم جمعها وتقييمها

**2-2-6** التحليل الداخلي :- وضع صورة للمؤسسة من حيث نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة

## والتهديدات الخارجية

**3-2-6** تحليل القضايا والمشاكل يتم باستخدام نموذج **SOWT** بناء على البيانات التي تم جمعها

سواء الداخلية أو الخارجية ويوضح هذا التحليل

- تحديد وترتيب الأوليات والمهام

- تحديد التحديات والفرص المتاحة

**4-6** تطوير ومراجعة الخطط و الرسالة والرؤية والقيم

**5-6** وضع عوامل النجاح لأهداف المؤسسة الخطرة والأهداف الأخرى

**6-6** المراقبة والتحليل للسيطرة على الاختلافات

**7-6** تنفيذ الخطة لتحسين النتائج .

**6.** المراجع

السياسة الداخلية للمستشفيات

## محتويات السجلات الطبية .

1. التعريف : هذه السياسة تحدد محتويات ونوعية السجلات الطبية للمرضى

2. الأهداف :

وضع مبادئ وتوجيهات وتحديد مسئوليات الاختلافات في مدخلات السجلات الطبية وكذلك تحديد كيفية التواصل بالمعلومات الهامة لرعاية المريض .

3. السياسة :

أ- تعرف السجلات الطبية للمرضى برقم تعريفى موحد سواء كانت هذه السجلات الكترونية أو ورقية

ب- يجب أن تكون محتويات السجلات الطبية مرتبة ومقسمة حسب الخدمة المقدمة والتسلسل الزمني ووفقاً لنظام الترتيب المعتمد في المستشفى

ج- تكتب محتويات السجلات الطبية من قبل مقدمي الخدمة الصحية ويتم طباعة عليها مطبوعة تحمل اسم الطبيب ورمزة التعريفى ورمز الخدمة المقدمة بحيث يكون رمز الطبيب غير قابل للتغيير أو التوقيع .

د- تعبأ محتويات السجلات الطبية بشكل متواصل وعدم ترك مسافات أو فواصل أو التخطي لان ترك المسافات سوف يسمح بإدخال بيانات ربما تعرض الموظف للمساءلة .

هـ- يحدد المريض في نماذج السجلات الطبية بطباعة وكتابة الاسم ورقمه على كل نموذج .

و- كل الصفحات يجب أن تحمل رقم الغرفة ورقم الدخول للمريض ورقم الصفحة .

ز- مدير السجلات الطبية والمشرفين على حالة المريض والسكرتارية الطبية فقط الذين يسمح لهم بالوصول الى السجلات الطبية

ح- عند التغيير الغير مصرح به في السجل الطبي سواء يدوي أو الكتروني يعرض صاحبة الى عقوبة توقيف لا تقل عن 5 أيام ولا تزيد عن 30 يوم ويتعرض للفصل وإنهاء الخدمة اذا وجدا بشكل متعمدا أو متكرر لأي موظف في المستشفى .

- ط- عند كتابة الخطأ يجب كتابة أو رسم خط على السطر ولا يجوز الطمس أو التصحيح بكرت أو قلم سائل
- ي- لا يجوز كتابة مختصرات ورموز غير متعارف عليها دولياً أو الغير محدد من قبل لجنة تحسين الجودة
- ك- لا يجوز استخدام الاختصارات في شهادات الوفاة والموافقات سواء في السجل الالكتروني أو اليدوي .
- ل- تصمم وتنشأ السجلات الطبية الرقمية والالكترونية بناء على البروتوكولات المعمول بها والمرخص لها بالتصميم والصيانة سواء تم إصدارها الكتروني أو استنسخت من وثائق أصيلة .
- م- لجنة السجلات الطبية سوف تقوم بتقييم ومراقبة نتائج التوثيق الذي يقومون به الموظفين الطبيين والتأكد من مطابقته للمعايير المعمول بها .
- ن- محتويات السجلات الطبية يجب أن تكون مكتملة وكافية ونوعية لضمان تماسك السجل الطبي في كل مراحل العلاج وعندما تكون مكتوبة بخط اليد لا بد أن تكون كافية وواضحة لمقدمي الرعاية الصحية الآخرين ويجب استمرار الرعاية الطبية دون انقطاع
- س- يجب أن تكون محتويات السجل الطبي موقته أي كتابة التوقيت في الوثائق الآتية
- أوامر رعاية المرضى
  - وثائق التقييم أو التخدير
  - تغيير التوثيق حسب حالة المريض
  - وقت علاجات الدخول
  - كل النماذج
  - وثائق العناية المركزة
  - مدخلات الأدوية والعلاجات الكيميائية

#### 4. المسئوليات :-

- الأخصائيين والاطباء مسئولين عن التوثيق في السجل الطبي عن النماذج التالية ،،،،،  
الفحص السريري والتاريخ المرضي ،، وملاحظات التقدم و أوامر العلاج والاستشارة

والنصائح في نموذج الموافقة و التشخيصات ونتائج العلاج وسجل الولادة ملخصات الخروج و تقرير الوفاة .

- الأطباء الآخرين كل شخص مسئول عن التوثيق في النموذج الخاص بتخصصه كأخصائي التغذية والتنفسية والصيدالة والمعالجين الاصطناعيين والمرشدين الاجتماعيين وفني الأشعة والسمع والمناظير ..... هي مسئولة عن

- محتوى وجودة سجلاتهم

- إعطائهم تصاريح للدخول الى قسم السجلات الطبية عند طلبهم لمراجعة التقارير أو تفاصيل أكثر مع مراعاة السرية والخصوصية .

- أفراد السجلات الطبية هم الأشخاص الذين يسمح لهم بالوصول الى قسم السجلات الطبية ونسخها

- جميع مقدمي الرعاية مسئولين عن المصادقة على كل مدخلات السجل الطبي بالتوقيع والختم ومؤرخة بالتاريخ والوقت .

- التوقيع :- يكون بالأسم الأول والأسم الأخير .. اسم العائلة ... مع اللقب الطبي والختم والتوقيع وذلك للتوضيح في حالة عدم وضوح الأسم .

- التوقيع يكون في مواقع التوقيعات الاصلية

- يمكن تطبيق التوقيع الالكتروني في حالة سمحت السياسات بذلك

- التاريخ : - يجب أن تكون مدخلات السجل الطبي مؤرخة باليوم والشهر والسنة .

- الوقت :- يجب تسجيل الوقت عند كل إدخال في السجل الطبي .

## 5. التعريفات :

### 1-5 سجلات المرضى :-

هي عبارة عن مجموعة مختلفة من المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية للمريض مثل التشخيص ونتائج العلاج وتفاصيل الحالة المرضية وملاحظات التقدم وملخص الخروج ويتم إنشاء هذا السجل من قبل الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين وذلك من خلال الكتابة باليد أو طباعتها الكتروني أو صور فوتوغرافية مثل , X- RAY و C.T.SCAN وكذلك المخططات البيانية والملاحظات سواء لمرضى الرقود أو العيادات الخارجية .

ويعرفه القانون اليمني بأنه

مصطلح طبي يشتمل على كافة الملخصات والتقارير الطبية والاشعة والمخططات البيانية والملاحظات والعينات وغيرها ،،،، التي تتعلق بالرعاية الطبية أو طب الأسنان سواء تلقى المريض الخدمة داخل أقسام الرقود او في العيادات الخارجية  
2-5 أطباء وموظفي قسم الأسنان في المستشفى يقدمون خدماتهم الطبية والسريرية لكل المرضى

6. الوثائق المطلوبة

السجل الطبي

## تحديد المعلومات الكافية التي تعرف بالمريض.

1. التعريف : هي المعلومات الأخرى التي تكون بجانب الاسم ورقم المريض التي يتم التصريح بها من قبل المرضى .

2. الأهداف :

تزويد المستشفى بالمعلومات المتعلقة بالمريض  
الرجوع إليها في المستقبل مثل ... قريب المريض يتم الاتصال به عندما تكون الحالة طارئة

3. السياسة :

- يطلب من كل المرضى تعبئة كل المعلومات المتعلقة بهم في الفراغات المعدة مسبقاً في نموذج معلومات المرضى
- هذه المعلومات تكون للمرضى الجدد غير المترددين وذلك تجنب لتكرارها وإعطائهم رقم جديد
- الاسم يكون كاملاً { الاسم الأول - الاسم الثاني والأوسط - الاسم الثالث - أسم العائلة وللقب }
  - اسم العائلة سوف يكون المفتاح الأساسي لتحديد الاسم ، الاسم الثاني والأوسط ضروري عندما يوجد هناك تكرار في الأسماء
  - ويتم تحديد المريض بالاسم الأول والعائلة اذا تشابهت الأسماء يكون تحديد الاسم برقم تعريفى
- تاريخ الميلاد : ضروري وذلك للرجوع إليه عند إعطاء العلاجات المتعلقة بالعمر
- رقم التليفون البيت أو الموبايل وذلك لتسهيل التواصل عند الضرورة مثل العودة وكذلك إضافة الأيميل لإرسال المعلومات المتعلقة بالمريض الى المستشفى أو القضايا المتعلقة بذلك .
- اسم قريب المريض مع رقم تلفونه وذلك للاتصال به في حالة الطوارئ .
- اسم الوكالة : وهذا للمرضى الأجانب وذلك للرجوع إليها عند الحاجة .

4. المسؤوليات :-

- المرضى المترددون مسئولون عن المعلومات والبيانات الشخصية المطلوبة منهم وذلك لأجل تقديم العلاجات المناسبة لهم بناء على المعلومات المحددة .
- موظفي الاستقبال : مسئولون عن ادخال البيانات في الكمبيوتر بناء على المعلومات التي جهزت على نموذج المعلومات من قبل المريض .

## كتابة السيرة المرضية للمرضى الدخول

### 1. الهدف:

تجميع معلومات عن شكوى المريض لتركز عليها طريقة المعالجة على أن يتم ذلك خلال (24) ساعة من دخول المريض أو مباشرة عند الحاجة.

### 2. السياسة:

كتابة السيرة المرضية والفحص الإكلينيكي للمرضى الذين يتم إدخالهم إلى المستشفى.

### 3. المسؤوليات:

كافة الأطباء الأخصائيين والعموم.

### 4. التعريفات:

كيفية القيام بكتابة السيرة المرضية والفحص الإكلينيكي للمرضى الداخليين.

### 5. الإجراءات:

تتم كتابة سيرة مرضية جديدة عند دخول المريض مباشرة.

تتم كتابة ملخص عن الاستنتاجات والانطباعات التي يستخلصها الطبيب من خلال الفحص السريري والسيرة المرضية للمريض.

يتم كتابة البيانات التي يجب أن تشتمل عليها السيرة المرضية والتي يجب أن تكتب من قبل الطبيب الأخصائي أو المقيم المشرف على حالة المريض كما يلي:.

#### 5.1- الشكوى الرئيسية للمريض: Chief Complaint

وهي عبارة عن وصف مختصر للأمراض التي يشكو منها المريض والتي دفعته لمراجعة الطبيب. وتكتب عادة بنفس كلمات المريض لتعطي صورة واقعية عن المشكلة التي يعاني منها المريض كما يشعر بها نفسه وليس كما يشاهدها الطبيب.

#### 5.2- تاريخ المرض الحالي: History of present illness

عبارة عن وصف مختصر ومتسلسل لتاريخ المرض الحالي الذي يشكو منه المريض منذ وقت ظهور الأعراض وحتى دخوله إلى المستشفى ويشمل ذلك عادة: تاريخ اكتشاف الأعراض ، كيفية بداية المرض، شدة المرض، والعلاجات التي أخذها المريض قبل حضوره إلى المستشفى.

#### 5.3-مراجعة أجهزة الجسم: Review Of Systems

يعتبر هذا الجزء من السيرة المرضية امتداداً لتاريخ المرضي . فبدلاً من سؤال المريض عن الأمراض السابقة ،يقوم الطبيب هنا بتوجيه أسئلة محددة تتعلق بأجهزة الجسم المختلفة لتذكير المريض بأية أمراض أو مشاكل صحية من المحتمل أن يكون أن يكون قد نسي ذكرها. فعند مراجعة جهاز الهضم يقوم الطبيب بسؤال المريض حول عاداته الغذائية وشهيته للطعام، والإسهال والإمساك والاصفرار والقيء... الخ. وهكذا بالنسبة لأجهزة الجسم الأخرى. وأهم أجهزة الجسم الذي يقوم الطبيب بمراجعتها مع المريض هي:.

- الجلد Skin

- الرأس ، العين ، الأنف والحنجرة.

- الجهاز التنفسي.

- القلب والأوعية الدموية.
- الجهاز التناسلي والبولي.
- الحالة العصبية والنفسية.
- الجهاز الهضمي.

a. التاريخ المرضي السابق: **Past History**

ويشمل هذا الجزء من السيرة المرضية على معلومات تتعلق بالأمراض والمشاكل الصحية التي سبق وان عانى منها المريض في حياته . ويجب أن تغطي هذه المعلومات على الأقل ما يلي .:

- **Diseases:** الأمراض

- الأدوية التي أخذها المريض إن وجدت.
- الآثار الجانبية لاستعمال الأدوية إن وجدت.

- **Injuries:** الإصابات

- العمليات الجراحية السابقة إن وجدت: **Operations**

- **Allergies:** الحساسية

- **Immunization:** التخصينات

b. التاريخ الشخصي للمريض متضمناً الحالة العاطفية والسلوكية والاجتماعية: **PERSONAL History**

ويشمل على معلومات شخصية عن المريض قد يكون لها أثر مباشر أو غير مباشر على حالته المرضية الراهنة. ومن الأمثلة على هذه المعلومات .

- **Birth and Early Development** المراحل الرئيسية لنمو المريض

- العادات الشخصية : **Habits** كالتدخين وشرب الخمر وتعاطي المخدرات.

- **Marital History** الحياة العائلية عدد الزيجات، العمر عند الزواج الأول، وإذا كان المريض امرأة متزوجة فيجب معرفة عدد مرات الحمل والإجهاضات وعدد الأطفال وأعمارهم.

c. التاريخ المرضي للعائلة: **Family History**

ويشمل على الأمراض المنتشرة في أسرة المريض والتي يرى الطبيب بأنها يمكن أن تنتقل إليه بالوراثة ويمكن أن تكون لها علاقة بظهور وتطور المرض الذي يعاني منه المريض، ومن الأمراض التي قد يحتاج الطبيب لتتبع تاريخها الوراثي : أمراض القلب والسرطان والاضطرابات العقلية وأمراض الغدد الصماء والسكري والتدرن الرئوي والربو القصبي والتهاب المفاصل وارتفاع ضغط الدم والصرع.

6. الوثائق المطلوبة:

**ADMISSION FORM**

7. المراجع:

هيئة اعتماد المستشفيات ( PHR ) هيئة تنظيم القطاع الصحي الأردني ( JHAP ).

## مدة الاحتفاظ بالسجل الطبي.

### 1. الهدف:

الاحتفاظ بالملفات الطبية فترة كافية تسمح بالرجوع للملف عند الحاجة إليه.

### 2. السياسة:

تحديد المدة القانونية للاحتفاظ بالسجل الطبي.

### 3. التعريفات:

السجلات النشطة: هي السجلات التي ما يزال المريض يتعالج بناءً عليها ولا تزال مراجعاته مستمرة.

### 4. الإجراءات :

4-1- السجلات النشطة لا تتلف نهائياً مهما كانت الأسباب.

4-2- يتم إتلاف السجلات الطبية التي مر عليها (5) سنوات بدون أية مراجعة للمريض فيها.

4-3- لا يتم إتلاف سجلات الوفيات إلا بعد أخذ الموافقة القانونية من قبل القضاء التابع لمديرية المستشفى وبعد مرور ثلاث سنوات على وجود السجلات.

4-4- إتلاف السجلات يتم من خلال لجنة تشكل من قبل مدير المستشفى وتضم عدد من الأطباء من مختلف الاختصاصات ليتم دراسة السجلات وتدقيقها.

4-5- سجلات الحالات القضائية لا تتلف حتى لو مضى عليها المدة القانونية وتحفظ منفصلة عن باقي السجلات بعد أن يتم وضع ليل أحمر عليها.

### 4. الوثائق المطلوبة:

السجل الطبي .

### 5. المراجع:

السياسة الداخلية للمستشفيات

## مراجعة ملخص الخروج.

### 1. الهدف:

إعطاء فكرة موجزة وواضحة عن المشكلة الطبية التي عانى منها المريض والمعالجة التي تلقاها ونتائج المعالجة والتوصيات الطبية لمتابعة العلاج.

### 2. السياسة:

مراجعة ملخص الخروج التابع للمريض بكافة بياناته وتوقيع المعنيين بالخروج حسب الأصول.

### 3. الإجراءات:

يجب التأكد من كتابة ملخص الخروج من قبل الطبيب المقيم في القسم وتوقيعه من قبل الأخصائي ويجب أن يتضمن المعلومات التالية:

- البيانات الأساسية التي تعرف بالمريض.
- تاريخ الدخول وتاريخ الخروج.
- سبب الإدخال إلى المستشفى.
- النتائج الهامة للفحص الطبي والمخبري والإشعاعي وغيرها للمريض.
- الإجراءات التي تتم تنفيذها للمريض.
- التشخيص الذي تم التوصل إليه.
- الأدوية والمعالجات الأخرى إن وجدت.
- الحالة الصحية للمريض عند الخروج من المستشفى.
- الأدوية الموصوفة عند الخروج من المستشفى ومعلومات لمتابعة حالة المريض الصحية.
- أن تكون الكتابة بخط واضح ومقروء.
- كتابة إسم الطبيب الأخصائي وتوقيعه وتاريخ تعبئة ملخص الخروج.
- يتم تعبئة ملخص الخروج عند مغادرة المستشفى ويفضل في نفس اليوم.
- يتم إعطاء صورة أو نسخة من الملخص للمريض عند خروجه من المستشفى.
- يجب أن يحفظ النموذج في ملف المريض.

### 4. الوثائق المطلوبة:

نموذج ملخص الخروج .

### 5. المراجع:

السياسة الداخلية للمستشفيات

## أرشفة وإتلاف السجلات الطبية .

### 1. الغرض :

تحديد وضع السجلات الطبية النشطة والغير نشطة عند أرشفتها ووضع مبادئ توجيهية للحفاظ عليها وإتلافها

### 2. السياسة :

- 1-2 تكون السجلات الطبية النشطة ما دام المريض يتلقى الرعاية في مستشفى وذلك لمدة سنة واحدة من متابعته الطبية الأخيرة .
- 2-2 تتحول السجلات الطبية الى غير نشطة اذا استمرت أكثر من 13 شهرا بدون مراجعة طبية .
- 3-2 يتم تحويل سجلات المتوفين الى غير نشطة عند وفاة المريض .
- 4-2 لا يجوز إتلاف السجلات الغير نشطة الأ بعد مرور خمس سنوات شريطة أرشفتها إلكترونيا .
- 5-2 يجب إتلاف جميع السجلات بطريقة تضمن إمكانية إعادة بناء المعلومات والأساليب التالية مقبولة لأنها مختلف أنواع البيانات المستخدمة في المستشفى :
- 1-5-2 الأساليب المناسبة لإتلاف السجلات الورقية ما يلي : الحرق والتمزيق والإتلاف .
- 2-5-2 الأقراص الليزرية المستخدمة في التوثيق لمعظم تطبيقات التصوير والتي لا يمكن تغييرها أو استخدامها يكون الأسلوب الصحيح لإتلافها هو الحرق .
- 3-5-2 الأسلوب المفضل لإتلاف البيانات المحسوبة هو إزالة مغناطيسية المجال المغناطيسي لها والإزالة المغناطيسية السليمة تضمن أن هناك مساحة مغناطيسية غير كافية لإعادة بناء الكتابة فوق البيانات .
- 6-2 يجب إتلاف كل السجلات وتوثيقها بالشكل الصحيح و المستندات المطلوبة تشمل ما يلي :
  - 1-6-2 تاريخ الإتلاف أو التمزيق .
  - 2-6-2 طريقة الإتلاف .
  - 3-6-2 الوقت الذي مضى بين استلام هذه البيانات وإتلافها .
  - 4-6-2 وصف السجلات المتخلص منها .
  - 5-6-2 بيان أن السجلات التي أتلقت هي من ضمن الأعمال الاعتيادية .
  - 6-6-2 التوقيعات من الأفراد ومشرفي التمزيق أو الإتلاف .
  - 7-6-2 يجب المحافظة على جميع الوثائق التي توصف الإتلاف بشكل دائم (قد تكون مطلوبة وتعتبر دليل تثبت أن السجلات تلت ضمن الأعمال العادية) .

### 3. نطاق السياسات العامة :

هذه السياسة تنطبق على الإدارة المعنية.

### 4. المسؤوليات :

وتقع على عاتق الموظفين المعنيين لتنفيذ هذه السياسة المعتمدة.

### 5. التعاريف :

- الاحتفاظ : هو الصون المادي للسجلات الطبية (النشطة وغير نشطة) في مناطق التخزين .
- الأرشفة : تحويل السجلات المادية إلى وسائل الإعلام الإلكترونية.
- الأتلاف : التخلص الجسدي من نسخ السجلات الطبية إذا تم أرشفتها.

السجلات الطبية النشطة : هي السجلات التي يتم الرجوع اليها عند رعاية المرضى بما في ذلك أفلام الأشعة والتي تحفظ في مخازن السجلات النشطة
السجلات الغير نشطة : السجلات الطبية المادية المخزنة في منطقة الإيداع الغير نشط
6. الإجراء : لا شيء
7. النماذج المطلوبة : السجلات الطبية.
8. المراجع : معايير اللجنة الدولية المشتركة للاعتماد الطبعة الثالثة

## أمن السجلات الطبية .

1. الغرض :

توفير الأمن والحفاظ على المعلومات الطبية لمقدمي الرعاية الصحية والمتسخدمين .

2. السياسة :

يتم الاحتفاظ بالسجلات الطبية بطريقة آمنة وسرية ويقتصر الوصول الى مناطق تسكين السجلات الطبية للأشخاص المصرح لهم فقط.

3. المسؤوليات :

مسؤولية قسم السجلات الطبية والتمريض والسكرتارية الطبية .

4. الإجراءات :

1-4 تحفظ السجلات الطبية داخل المستشفى في مناطق آمنة في جميع الأوقات ولا يتم منح الوصول الى هذه المنطقة إلا للموظفين الطبيين الذين لهم علاقة بالرعاية الصحية .

1-1-4 يجب عدم ترك السجلات الطبية دون حراسة في المناطق التي يمكن الوصول إليها من قبل أفراد متطفلين وتحمى السجلات الطبية للمرضى الداخليين داخل خزائن خاصة بجانب خزائن التمريض .

1-4-2 حماية السجلات الطبية في العيادات الخارجية داخل الدواليب الخاصة بالعيادة

1-4-2 يجب عدم ترك السجلات الطبية دون حراسة أثناء العبور :

ويتم نقلها داخل خزانات وعدم تركها في الممرات وترسل مباشرة الى قسم السجلات الطبية عبر موظفين المستشفى

1-4-3 يجب حماية السجلات من أضرار المياة والحرائق من خلال الأتي :

1-3-4 تدريب موظفي السجلات على كيفية التعامل مع الحرائق عن طريق تفعيل نظام هالون الذي هو مخصص لحماية غرف المخازن والمستودعات .

1-3-4 يكون قسم السجلات الطبية مسئول عن حماية كل محتويات السجل الطبي من التشويه أو العبث .

1-3-4 يتم الاحتفاظ بالسجلات الغير نشطة في مناطق آمنة ومغلقة ولا يتم منح الوصول إليها إلا لموظفي السجلات الطبية .

5. المراجع :

السياسة الداخلية للمستشفيات

## تقييم المرضى في العيادات الخارجية .

### 1. المحتويات :

هذه السياسة خارج تحدد المبادئ التوجيهية لتقييم المرضى الذين يأتون إلى العيادات الخارجية للاستشارة والعلاج.

### 2. الغرض :

1-2 توفير مرجع دقيق ومناسب للمريض والإدارة الصحية .

2-2 توفير قاعدة بيانات الديموغرافية .

3-2 تحديد الهوية الصحيحة للمريض وتجنب الخلط واللبس في هويته .

### 3. السياسة :

1-3 تحديد الهوية الحقيقية للمريض عند كل زيارة

2-3 التحقق من البيانات الجغرافية في كل زيارة

3-3 ينبغي توفير سجل طبي مستقل لكل مريض يشمل جميع خدمات الرعاية المقدمة للمرضى سواء الكترونياً أو ورقية .

4-3 ينبغي أن تكون وثائق المريض شاملة ومكتملة تحتوي على التاريخ المرضي والفحص السريري ، وتقييم الاحتياجات النفسية والاجتماعية .

5-3 تقييم وضع المريض الغذائي وفقاً لاحتياجات المريض وحالته الصحية .

6-3 عندما يتم إعادة تقييم المريض ، ينبغي استعراض سجلات المريض الطبية القديمة .

7-3 ينبغي تحديث البيانات الهامة التي تعتبر مهمة للرعاية المستمرة مثل التشخيص ، المرض الحالي ، والحساسية ، والإجراءات السابقة ، ونتائج الفحوصات التشخيصية ذات الصلة وتحديثها بشكل مناسب .

8-3 توثيق التطعيمات التي أخذها المريض في السجل الطبي

9-3 عندما يتخطى المريض الموعد المقرر للمتابعة ، ينبغي تحديد له موعد معين والوقت المناسب للعودة .

11-3 عدم وجود الموعد المحدد للمريض قد يجعل المريض يزور أكثر من مرة ولا يتلقى الخدمة المناسبة .

12-3 ينبغي أن تكون المعلومات في السجل الطبي متكاملة تحتوي على كل التقييمات التي تحدد أولويات واحتياجات خدمات الرعاية للمرضى.

### 4. نطاق السياسات :

هذه السياسة تنطبق على الأقسام التالية ( التمريض والسجلات الطبية وقسم الخدمات النفسية والاجتماعية وقسم العيادات الخارجية )

### 5. المسؤوليات :

طاقم الطبي وفريق التمريض ، وجميع موظفي العيادات الخارجية هم المسؤولين عن اكتمال السجلات الطبية ، ويجب أن تكون مقروءة وواضحة و مكتوبة باللغة الإنجليزية ، أو العربية ويجب ان يشمل على الاحتياجات النفسية والاجتماعية.

### 6. التعاريف :

تقييم المريض -- طريقة تحديد هوية المريض في كل زيارة الى العيادات الخارجية .

### 7. الإجراءات :

1-7 تحديد هوية المريض : - يرجى الرجوع إلى السياسة الخاصة بالعيادة الخارجية .

2-7 السجلات الطبية : - هي السجلات الطبية الخاصة بالمرضى القادمين الى العيادات الخارجية للاستشارة والعلاج .

3-7 الحالة الغذائية :

1-3-7 يجب على كل طبيب تقييم احتياجات المريض الغذائية

2-3-7 تكون مواصفات النظام الغذائي مناسباً مع حالة المريض (على سبيل المثال ، الغسيل الكلوي ، السكري ، ومرضى السمنة ، الخ.)

3-3-7 الرجوع الى اختصاصي التغذية السريرية في حال لزم ذلك .

4-3-7 تقديم تعليمات محددة للحماية الغذائية

5-3-7 توثيق وتحديث الوضع التغذوي للمريض في كل زيارة . و ضبط طرق العلاج وفقاً للحالة .

**4-7 الوضع التحصيني :** توثيق كل التحصينات التي تم إعطائها للمريض في سجله الطبي سواء المرضى من الأطفال أو البالغين

**5-7 مواعيد المريض :** هو الموعد الذي يحدده الطبيب للمريض بيوم محدد ووقت معين وذلك للمتابعة والعلاج .

8. المراجع :

معايير اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات ، الطبعة 2008 ، الفصل 1 والحصول على الرعاية واستمرارية )

## دقة واستكمال التوثيق في السجلات الطبية.

1. الغرض :

لتحديد مبادئ توجيهية عامة من أجل الدقة المناسبة والتوثيق الصحيح والاكتمال في السجل الطبي للمريض .

2. السياسة :

1-2 يتم إنشاء سجل طبي لكل شخص يتم تقييمه أو معالجته سواء في العيادات الخارجية ، أو في أقسام الرقود أو في الطوارئ

2-2 يجب أن تكون كل السجلات الطبية مقروءة ، مؤرخة ، ومؤقنة ويتم التوقيع عليها.

2-3 يوصى باستخدام القلم الجاف الأسود أو الأزرق

2-4 يجب تضمين جميع المعلومات الطبية في النماذج الطبية الأصلية والمحددة أو السجلات الطبية الإلكترونية .

2-5 يحظر استخدام الاختصارات المحظورة والغير مدرجة في قائمة المختصرات المعتمدة حسب السياسة .

2-6 ينبغي أن تشمل التوقيعات على الاسم الأول وأسم العائلة الاخير واللقب الطبي .

2-7 يمكن استخدام التوقيعات الالكترونية طالما استخدامها ينسجم مع السياسات المناسبة / الداخلي .

2-8 يجب أن تكتمل إدخلات السجلات الطبية في الوقت المناسبة و السجلات التي لم تنجز في غضون 30 يوما او في المدة التي تحددها السياسات ذات العلاقة تعتبر سجلات غير مكتملة .

2-9 يجب أن لا يزيد توثيق نموذج التاريخ المرضي و الفحص السريري عن 30 يوما مع ادخال التحديثات ويجب أن يكون قبل أو

خلال 24 ساعة بعد قبول المرضى ، و يجب أن يقيم المريض قبل أي عملية جراحية أو إجراء علاجي يتطلب التخدير .

2-10 تقارير العمليات أو الإجراءات العالية الخطورة يجب كتابتها عند الانتهاء من العملية أو الإجراء العالي الخطورة .

2-11 تكتب قائمة موجزة للمريض عن حالة المريض عند الزيارة

2-12 يجب أن يكون توثيق ملاحظات التقدم يوماً ويكتب فيها مبررات البقاء في المستشفى .

2-13 تتم المصادقة على الأوامر لفظية في غضون 5 أيام .

2-14 سياسة اكتمال السجل الطبي :

2-14-1 قسم السجلات الطبية يقوم بإعداد قائمة أسبوعية لجميع السجلات الناقصة في كل يوم الاثنين أو اليوم التالي صادف يوم الاثنين عطلة رسمية .

2-14-2 عمل نسخة من القائمة الأسبوعية بالبريد الإلكتروني إلى المدير الطبي في المستشفى ورؤساء الأقسام السريرية وإدارة مستشفى للمراجعة واتخاذ الإجراءات التصحيحية .

2-14-3 الطبيب المناوب مسئول عن اكمال سجلاته خلال فترة التناوب ولا يسمح له المغادرة حتى تكون السجلات المتاحة كاملة قبل المغادرة .

2-15 تعتبر السجلات الطبية مكتملة عندما يتم استيفاء المعايير التالية :

2-15-1 عندما تكون محتويات السجل الطبي تعكس حالة المريض عند وصوله ، والتشخيص ، ونتائج الفحوصات ، والعلاج والتقدم المحرز في المستشفى وحالته قبل المغادرة .

2-15-2 يجب أن تحتوي على ملخص الخروج النهائي وملاحظات التقدم وتكون مؤرخة ومصادقة .

2-15-3 تكون التشخيصات النهائية والمضاعفات مسجلة كاملة من دون استخدام الرموز والاختصارات .

2-16 الإجراءات والتغييرات التي يتم ادخالها عند تصويب المعلومات الطبية تكون على النحو التالي :

2-16-1 رسم خط رفيع على كل سطر في حال التوثيق الغير دقيق أو الصحيح والتأكد من أنها لا تزال مقروءة .

2-16-2 كتابة التاريخ والتوقيع على التعديل .

2-16-3 إضافة ملاحظة في الهامش يتم الشرح فيها لماذا تم استبدال الأدخالات السابقة .

2-16-4 إدخال تصحيح في الترتيب الزمني .

5-16-2 حدد الإدخال التصحيحي المستبدل .

6-16-2 يجب عدم الطمس أو الخدش على السجلات الطبية أو استخدام الكركت والقلم السائل لان هذه التصرفات تظهر أن هناك نوع من العبث والسماح لآخرين بعمل مثل هذه التصرفات .

17-2 على إدارة المعلومات تقديم برنامج تثقيفي للموظفين الطبيين وذلك لتوحيد وتنسيق السجلات الطبية بناء على احتياجات المستخدم .

18-2 السجلات الطبية تكون متاحة على مدار 24 ساعة يوميا .

2.19 إدارة المعلومات مسؤولة عن تسرب أي من المعلومات .

20-2 ارسال قائمة بالسجلات الناقصة للأطباء واستدعاهم للحضور الى قسم السجلات لاستكمالها وعند عدم التجاوب لاستكمالها يتم عرضها على لجنة السجلات الطبية وتقوم بدورها بطبع مصلق عليها يوضح أنها غير مكتملة وبعد ذلك تودع في مخزن السجلات الناقصة ويتم اتخاذ الإجراءات بحق المقصرين في السجل الطبي حسب السياسة .

3. المراجع :

السياسة الداخلية للمستشفيات .

## تحديد وتعريف العقوبات بحق المقصرين في السجلات الطبية .

### 1 . الغرض :

تهدف هذه السياسة لتحديد معنى العقوبات وتحديد الخطوط العريضة لعملية تحسين السجلات الطبية وامتثال الأطباء المقيمون لتنفيذ هذه السياسة

### 2 . السياسة :

يتم توقيف الطبيب المقيم حتى يتم الانتهاء من إكمال جميع السجلات الطبية الناقصة. ومصطلح التوقيف يعني أنه غير مسموح للطبيب المقيم العودة إلى العمل حتى يتم الانتهاء من إكمال جميع السجلات الطبية الناقصة. ولا يتم دفع أي مبالغ مالية للمقيم في أيام التوقيف .

### • 3. الإجراء :

#### تحديد العقوبات :

يتم توفير قائمة من السجلات الطبية الناقصة إلى مكتب رئيس قسم السجلات الطبية على النحو التالي :

1. تقديم قائمة للأطباء المقيمين لـ 20 أو أكثر من المحتويات الناقصة أسبوعياً.

2. يتم توفير قائمة كاملة بالسجلات الطبية الناقصة مرة كل أسبوع.

وترسل قوائم النقص للأطباء المقصرين من مكتب رئيس القسم ويتم التعميم على الأطباء المقيمين بسرعة إكمالها وعمل نسخة للمدير الطبي و المدراء المباشرين والمنسقين. ويتم رصد الذين ما زالوا على قائمة لمدة أسبوعين وفي حالة عدم التجاوب يتم إرسال لهم رسالة إنذار على البريد إلكتروني تفيد أنه خلال 24 ساعة اذا لم تستكمل جميع المحتويات الناقصة فانه سيتم تطبيق عقوبة توقيف الامتيازات حتى يتم اكتمال السجلات وعند الاكتمال يقوم رئيس قسم السجلات بالأخبار أنه تم الانتهاء من الاكتمال ويتم رفع العقوبات .

#### قرار التوقيف عن العمل

- يتم إرسال خطابات إخطار خاصة عبر البريد من قبل إدارة المعلومات الصحية للأطباء الذين لديهم سجلات ناقصة . الرسالة تخبر المقيمين بعدد السجلات الناقصة وتاريخ التوقيف ، وهو 14 يوماً من تاريخ هذه الرسالة. وينصح الأطباء بالوصول إلى إدارة السجلات والمعلومات.
- في حالة عدم التجاوب يقوم رئيس قسم السجلات بإرسال القائمة بالمقيمين الذين تلقون إشعارات إلى المدير الطبي والمدراء المباشرين وهم بدورهم يبلغون الأطباء المقيمين بالتوقيف .
- يوقف الأطباء المقيمين الذين لم يكملوا سجلاتهم قبل الموعد النهائي المحدد في السياسة ولا يسمح لهم بالعمل حتى تكون سجلاتهم الطبية الناقصة مكتملة .

### 3. المراجع :

السياسة الداخلية للمستشفيات .

## طلب السجلات الطبية .

### 1. الأغراض :

1-1 تنظيم عملية طلب الملفات الطبية لضمان استمرارية الرعاية ، والحفاظ على سرية وخصوصية المعلومات الخاصة بالمريض ، وصيانة السجلات .

2-1 لضمان تسليم السجلات الطبية لمقدمي الرعاية في الوقت المناسب الذي يسمح لهم استرداد ومراجعة وتقييم التوثيق وخطط الرعاية الصحية .

3-1 تحديد هوية الأشخاص الذين يسمح لهم طلب السجلات الطبية .

4-1 لتحديد نقاط الخدمات والمواقع التي يمكن إرسال السجلات الطبية إليها.

5-1 لتحديد أغراض وأسباب طلب السجلات الطبية .

### 2. السياسة :

يقتصر طلب السجلات الطبية على الموظفين و المواقع المحددة في هذه السياسة .  
تعاد كل السجلات الطبية المطلوبة إلى قسم السجلات الطبية .

### 3. النطاق :

هذه السياسة تنطبق على قسم السجلات الطبية.

### 4. المسؤوليات :

وتقع على عاتق الموظفين المعنيين لتنفيذ هذه السياسة المعتمدة.

### 5. الإجراءات :

5-1 موظفين المستشفيات الذين يسمح لهم بطلب السجلات الطبية هم :

5-1-1 جميع مقدمي الرعاية الطبية والذين لديهم تدخلات مباشرة / غير مباشرة في رعاية المريض . وتشمل هذه الأطباء والممرضين وأخصائيي التغذية ، والبحث وموظفي قلم المحكمة والصيدالة لجنة المراضة والوفيات .

5-1-2 جميع الموظفين الآخرين / العاملين يطلبون السجلات الطبية وفقاً للأسباب المحددة في هذه السياسة أو السياسات الأخرى ذات العلاقة وينبغي الحصول على موافقة مسبقة من قبل رئيس قسم السجلات .

5-2-1 المواقع التي يسمح فيها بمراجعة السجلات الطبية :

5-2-1-1 نقاط الخدمات والمواقع التي يمكن إرسال السجلات الطبية تشمل العيادات الخارجية ، منطقة الفرز في الطوارئ / مكتب الدخول وغرف العمليات ، قسم العلاج الإشعاعي ، قسم علم الأمراض ، وقسم الأشعة ، ومكتب التسجيل السرطاني ، و مكتب البحوث السريرية .

5-2-2-1 المواقع أخرى مثل الصيدلة ، ومكاتب الأطباء ، وغيرها من مواقع الخدمات المساندة يمكنهم الوصول إلى السجلات الطبية في "قسم السجلات الطبية الى منطقة مراجعة السجلات الطبية ، وبعد موافقة رئيس قسم السجلات الطبية .

5-3-1 أغراض طلب السجلات الطبية :

يتم طلب السجلات الطبية وفقاً للأغراض التالية :

<p>1-3-5 معالجة المرضى</p> <p>2-3-5 مراجعة السجلات الطبية</p> <p>3-3-5 دراسة الحالات المرضية</p> <p>4-3-5 استكمال النقص في السجلات الطبية</p> <p>5-3-5 أغراض البحوث</p> <p>6-3-5 لعملية التسجيل السرطاني</p>
<p>6. متطلبات الوثائق :</p> <p>1-6 نموذج طلب إضافات على سجل المريض .</p> <p>2-6 نموذج طلب مراجعة السجل الطبية (بالعربية والإنكليزية)</p> <p>3-6 نموذج طلب تدقيق البيانات .</p>
<p>7. المراجع :</p> <p>السياسية الداخلية للمستشفيات</p>



## سلامة الملفات الطبية.

### 1. الهدف:

المحافظة على سلامة المعلومات في السجل الطبي

### 2. السياسة:

إيجاد نظام سلامة في المستشفيات يغطي كافة الجوانب المتعلقة سلامة الملفات الطبية.

### 3. الإجراءات:

- أ- توفير عدد كافي من طفايات الحريق (طفايات بودرة) في قسم السجلات الطبية موزعة في أماكن مختلفة . وذلك للعمل على مكافحة النيران في حال حدوث حريق في سجلات المرضى وخوفاً من انتشاره إلى أقسام المستشفى.
- ب- اطلاق وتدريب العاملين في سجل المرضى على خطة الحريق والكوارث المعدة من قبل إدارة المستشفى.
- ت- وجود مخرج حريق خاص في سجلات المرضى.
- ث- وجود نظام يحدد الأشخاص المسموح لهم بالاطلاع على المعلومات الموجودة في السجل الطبي. وذلك للمحافظة على سرية البيانات الطبية.
- ج- إتباع نظام جيد في حفظ السجلات الطبية وذلك لسهولة الرجوع إلى السجل الطبي عند الحاجة بسهولة وبسرعة لئتم تسهيل عملية حفظ واستخراج الملفات الطبية.
- ح- تجديد الملفات التالفة.
- خ- يجب أن تكون منطقة حفظ الملفات منطقة آمنة ويمنع الدخول إليها إلا لموظفي القسم فقط.
- د- يجب أن تكون منطقة السجلات جيدة التهوية ولا يوجد بها رطوبة.
- ذ- يجب توفير مساحات للحفظ تستوعب كافة الملفات.
- ر- يتم إطفاء الأنوار وإغلاق الأبواب عند الانتهاء من الدوام.
- ز- استخراج الملفات الطبية وحفظها يتم عن طريقة موظفي السجل الطبي وذلك لحماية الملفات الطبية من المتطفلين وكذلك ضمان حمايتها من عوامل التلف المختلفة.
- س- يجب أن تكون الملفات الطبية والنماذج من الورق المقوى الجيد .
- ش- يجب دمج الملفات المكررة.

### 4. الوثائق المطلوبة:

النماذج.

### 5. المراجع:

هيئة اعتماد المستشفيات ( PHR ) . هيئة تنظيم القطاع الصحي الأردني ( JHAP ).

## تحديد الأشخاص المخولين بتدوين المعلومات في الملف الطبي .

### 1. الهدف:

- تحديد الأشخاص المخولين بالكتابة على النماذج الطبية داخل الملف الطبي.
- لضمان التزام الأشخاص المخولين بالتدوين في الملف الطبي بالمحافظة على سرية المعلومات
- ضمان تنفيذ العقوبة المنصوص عليها في النظام الداخلي للمستشفيات على الأشخاص الذين يقومون بإفشاء سرية المعلومات أو التزوير .

### 2. السياسة:

- تحديد الأشخاص المخولين في إدخال المعلومات ومكان الإدخال وطريقة الإدخال في السجلات السريرية للمريض
- تحديد محتوى السجل الطبي وصيغته.
- تحديد كل مدخل في السجل الطبي السريري للمريض كاتبه وتاريخ وزمن الإدخال.

### 3. الإجراءات:

- يحدد الأشخاص المخولين بتدوين المعلومات على النماذج الطبية داخل الملف الطبي ومكان التدوين وطريقة التدوين وتاريخ وزمن التدوين كما يلي:
- الأطباء الاختصاصيين والأطباء المقيمين العاملين داخل المستشفى .
  - الصيادلة العاملين في المستشفى .
  - الكادر التمريضي العامل في المستشفى وحسب التعليمات المعدة لذلك من قبل دائرة التمريض والموافق عليها من قبل الإدارة وعلى نماذج التمريض.
  - العاملين في سجل المرضى ( معلومات إدارية على أوراق الدخول والتفويض ونماذج المختبر ....الخ).
  - العاملين في قسم محاسبة المرضى ( معلومات محاسبية وعلى نموذج الإدخال أو التفويض المالي).
  - فنيين المختبر ( تدوين نتائج المختبر على نماذج المختبر).
  - فنيين العلاج الطبيعي ( لتثبيت عمل الإجراءات الطبية).
  - المهن الطبية المساعدة يسمح لهم بالكتابة على النماذج التي تخصهم فقط.

### 6. الوثائق المطلوبة:

النماذج.

### 7. المراجع:

هيئة اعتماد المستشفيات ( PHR ) . هيئة تنظيم القطاع الصحي الأردني ( JHAP ).

## حركة السجل الطبي.

### 1. الهدف:

تحديد الطريقة التي يتم فيها استخراج السجل الطبي.

### 2. السياسة:

متابعة السجلات الطبية للمرضى الذين لهم مواعيد مسبقة والذين لهم دخول أو صرف أدوية شهرية.

### 3. التعريفات:

هي الآلية التي يتم بها تداول الملف بين المعنيين.

### 6. الإجراءات :

- 6.1- يتم تنظيم قائمة بالمواعيد المجدولة قبل موعد العيادة بيوم وترسل إلى سجل المرضى لاستخراج ملفاتهم الطبية.
- 6.2- يقوم قسم السجل باستخراج الملفات وتسليمها إلى كاتبة العيادة صباح يوم العيادة.
- 6.3- عندما يدخل المريض إلى المستشفى يتم تأمين الملف الطبي إلى القسم الذي أدخل إليه عن طريق السكرتارية الطبية .
- 6.4- يتم طلب السجلات الطبية للمحاكم واللجان الطبية أو التحقيقية بطريقه رسميه وبعد موافقة مدير المستشفى أو من ينوبه ومن ثم يتم إرسال صورته من السجلات الطبية مرقم وموثق بختم السجل.
- 6.5- يتم عمل كرت علاجات لجميع مرضى الوصفات الشهرية من قبل الطبيب المختص لتسهيل صرف العلاج للمرضى وبدون الحاجة إلى الرجوع إلى السجلات الطبية لتسجيل العلاج عليها.
- 6.6- الملف الطبي لا يتواجد خارج الدوام الرسمي إلا في السجلات الطبية.
- 6.7- يسمح بطلب الملف الطبي من قبل مدير المستشفى والمساعد الفني ورؤساء الاختصاص بالإضافة للأطباء المعالجين.
- 6.8- لا يسمح بإخراج الملف الطبي من السجلات الطبية دون أمر ويمنع إعطاءها للمرضى لخارج المستشفى مهما كانت الأسباب ويكتفي بتصوير الأوراق المهمة التي يمكن أن يحتاجها المريض في الحالات الطارئة.
- 6.9- تسلم السجلات الطبية الخاصة بالمرضى بعد خروجهم من المستشفى إلى قسم السجلات الطبية بعد أن يتم تلخيص السجل وفي مده لا تتجاوز 7 أيام من تاريخ الخروج وعلى كشوفات التسليم المعتمدة.

### 7. الوثائق المطلوبة:

النماذج.

### 8. المراجع:

السياسة الداخلية للمستشفيات

## استكمال السجلات الطبية الناقصة .

1. الهدف:

استكمال المعلومات في السجل الطبي عند خروج المريض للحصول علي المعلومات بشكل كامل.

2. السياسة:

استكمال الملفات الناقصة بعد خروج المريض من المستشفى .

3. المسؤوليات:

الطبيب المعالج / ممرض القسم / مختص السجلات الطبية.

4. الوثائق المطلوبة:

الملف الطبي.

5. المدة :

يتم استكمال المعلومات الناقصة في ملف المريض بعد الخروج خلال مدة أقصاها أسبوع.

6. الإجراءات :

- 1-6 يقوم الطبيب المقيم باستكمال الملف الطبي في القسم قبل خروج المريض من القسم
- 2-6 يقوم السكرتير الطبي بعمل مراجعة لكافة النماذج الطبية والتأكد من تدوين كافة البيانات في سجل المريض حسب التعليمات
- 3-6 في حال وجود نواقص في ملف المريض يقوم السكرتير الطبي وبالتنسيق مع مسؤولي القسم بإشعار الطبيب أو الشخص المعني بإكمال النواقص خلال 48 ساعة من الخروج
- 4-6 في حال لم يتم إكمال النواقص في المدة المقررة يتم تنظيم كشف بالملف مبيناً فيها النواقص والشخص المعني بإكمالها ويرسل الكشف مع الملف إلي المدير الطبي ليتم اتخاذ الإجراءات اللازمة بحق المقصرين
- 5-6 يجب أن تتم عملية إتمام النواقص في مدة أقصاها أسبوع من تاريخ خروج المريض
- 6-6 بعد اتخاذ الإجراءات اللازمة وإتمام النواقص بأشراف المدير الطبي تعاد الملفات إلي القسم المعني ليتم إرسالها إلي قسم السجلات حسب النظام .

7. المراجع:

هيئة اعتماد المستشفيات ( PHR ) . هيئة تنظيم القطاع الصحي الأردني ( JHAP ).

## المشاركة في قواعد البيانات الخارجية

### 1. المحتويات :

تحتوي هذه السياسة على الإجراءات التي توضح طريق مشاركة المستشفى للبيانات الخاصة به مع الجهات الحكومية وغير الحكومية .

### 2. السياسة :

- 1-2 يجب تقديم طلب رسمي من الجهات الرسمية وغير الرسمية بالبيانات المطلوبة من المستشفى ومكتوب باللغة العربية إذا كان لها حق الطب لهذه البيانات مثل
- 2-2 الإبلاغ عن الأمراض المعدية الى وزارة الصحة
- 3-2 الوثائق المطلوبة من قبل وزارة الصحة في ذلك الوقت من زيارة منشأة / التفتيش .
- 4-2 الوثائق المطلوبة من قبل وزارة الصحة أو كيان قانوني في ضوء الشكاوى أو دعوى قضائية تم رفعها ضد المستشفى
- 5-2 تقرير الاحتفاظ بالمؤثرات العقلية غير المستهلكة خلال الستة أشهر من صلاحيتها
- 6-2 نماذج الإبلاغ عن الأخطاء الصحية وسوء التصرف أو الحوادث إلى مكتب الشئون الصحية أو المجلس الطبي أو الى جهات رسمية مثل قسم شرطة أو المرور في حالة حوادث المرور ، وذلك ليتم تسجيلها في السجل العام لحوادث المرور والإصابات
- 7-2 مكتب العمل : والذي يحتاج بيانات عن المؤسسة الصحية مثل الاسم التجاري / ومقرها الرئيسي ، وعناوين المكاتب الأخرى ، ومعلومات أخرى مثل السجل التجاري / الترخيص مع نسخة مرفقة في التقرير عن البيانات التالية :
  - ترخيص ممارسة النشاط الاقتصادي في المستشفى ؛
  - عدد العمال الذين يعملون في المستشفى ؛ واسم المدير التنفيذي المسئول عن المستشفى ؛
  - المعلومات الأخرى ذات الصلة بناء على الطلب المقدم .
  - البيانات من قبل مفتشي وزارة العمل في وقت تفتيش منشأة
- 8-2 الوثائق المطلوبة من قبل هيئات الاعتماد (الجودة) لاستعراض الامتثال بالمعايير .
- 9-2 يجب أن تكون جميع طلبات البيانات الخاصة بالمستشفى للجهات الخارجية وخاصة الالكترونية منها ، مصادق عليها من قبل مدير المستشفى ، ويتم طباعتها من قبل إدارة تقنية المعلومات .
- 10-2 البيانات أو المعلومات المطلوبة من قبل أصحاب الأسهم في المستشفى كجزء من حقوقهم.
- 11-2 التقارير الدورية والروتينية ، والبيانات المتعلقة بالعمليات والبيانات المالية والبيانات ذات الطابع السري تكون حصرا للاستخدام الداخلي ويمنع نسخ مثل هذه البيانات لأية أطراف خارجية إلا بناء على موافقة مدير عام المستشفى لإطلاق مثل هذه الوثائق.
- 13-2 يسمح فقط للمدير التنفيذي الإذن على الافراج عن المعلومات إلى أطراف خارجية.

### 3. المسؤوليات :

المدرء العاملون في الإدارات التي تتوفر فيها البيانات مثل إدارة نظم المعلومات وإدارة الإحصاء وكذلك شؤون الموظفين وبقية الإدارات التي تكون فيها بيانات خاصة بالمستشفى يتم إتاحة بيانات الأفراد الموظفين الى الجهات الحكومية او غيرها بعد موافقة مدير المستشفى من قبل مدير الموارد البشرية وذلك في الحالات التالية

3-3 في القضايا القانونية ، ويمكن توفير ذلك خطيا للمنظمة الطالبة .

3-4 إذا تم بالفعل فصل الموظف من المستشفى وحصل على عمل في جهة أخرى ، شهادة سيره وسلوك .

3-5 التقارير الطبية والسجلات الخاصة بالمرضى هي ملك للمستشفى تحت اشراف ورقابة قسم السجلات الطبية ولا يجوز إخراج البيانات والملفات الطبية إلا بطلب المريض نفسه بعد التوقيع على استلام نسخة من الوثائق المحفوظة في ملف المريض وتحفظ في السجلات الطبية .

3-6 يجب عند طلب سجل المريض من قبل أي شخص سواء للمستشفى أو أي جهة حكومية الامتثال بمعايير المحافظة على سرية وخصوصية المريض وهي كالتالي :

3-6-1 يجب إعطاء تفويض خطي للشخص الطالب لسجل المريض و يجب أن يوقع هذا التفويض من قبل المريض مبيناً فيه رقم التأمين والاسم الكامل والتاريخ . وإذا كان الطالب هو جهة حكومية ، يجب توضيح الغرض من الطلب ويشارك المريض في التوقيع على نموذج الطلب وتوقيعه يشير إلى أن المريض يعلم هذا الطلب .

3-6-2 يجب الموافقة الخطية من رئيس الخدمات الطبية أو الرئيس التنفيذي

3-6-3 يجب على مدير السجلات الطبية أن يكون قادر على الكشف عن صحة الطلب و تحديد هوية الشخص المخول له ومقارنة توقيع المريض الموجود في وثيقة الطلب بالتوقيع الموجود في السجل .

3-6-4 يجب أن يوقع الشخص المفوض على استلام الوثائق ورسالة التفويض توضح الاسم الكامل ورقم الهوية وتاريخ الاستلام .

7. المراجع: السياسة الداخلية للمستشفيات

## تخزين المعلومات و السجلات الطبية .

### 1. الغرض :

1.1 تخزين بيانات المريض بأمان في الموقع المعينة أو الكمبيوتر .

1.2 صون وحفظ بيانات المريض بحيث يكون الوصول إليها سريعاً ومتاح لمقدمي الرعاية الصحية للمريض.

### 2. السياسة :

#### 1-2 موقع التخزين :

يجب أن يتم تخزين ملفات المرضى في غرف آمنة ومغلقة داخل قسم السجلات الطبية و يجب حفظ السجلات الطبية الإلكترونية في غرفة الحاسوب الرئيسية.

#### 2-2 تخزين السجلات الطبية:

1-2-2 يجب مسح جميع السجلات الطبية (الوثائق) ضوئياً وحفظها في نظام الكمبيوتر المخصص للحفاظ فور استلامها من الأقسام

2-2-2 يجب كتابة اسم الشخص الذي قام بالمسح الضوئي ورقم الهوية و الختم على الوثائق الممسوحة .

2-2-3 الوثائق الممسوحة ضوئياً يجب أن تكون متاحة ويمكن الوصول إليها من قبل الموظفين والأشخاص المرخص لهم من قبل رئيس قسم السجلات الطبية خلال 24 ساعة .

#### 3-2 وسائط التخزين:

يتم تخزين البيانات اليومية والأسبوعية والشهرية ، وعمل مجموعات احتياطية في غرفة الحاسوب الرئيسي مع الاستثناء التالي : يتم تخزين الأشرطة والوسائط الأخرى خارج موقع الحاسوب .

#### 4-2 خارج موقع الحاسوب الرئيسي :

هو مستودع يقع في مكان مقاوم للحريق و يتم تحديد إجراءات الاحتفاظ بالبيانات واسترجاعها ، وترتيب الأشرطة الاحتياطية في التخزين خارج الموقع الرئيسي للحاسوب ويحدد بناء على سياسة النسخ الاحتياطي والاسترداد .

### 3. المسؤوليات :

هذه السياسة تنطبق على جميع الأشخاص الذين يحق لهم الوصول السجلات الطبية ، على سبيل المثال ، موظفين السجلات الطبية ، وتكنولوجيا المعلومات والعاملين في مركز الرعاية ، والطاقم الطبي ، (

### 4. التعاريف :

1-4 التخزين هي المكان أو المساحة الذي يتم تخزين بيانات المريض فيه بأمان إما في مكان معين أو في الذاكرة أو في الأقراص والأشرطة .

2-4 الحفظ : الاحتفاظ بشكل مستمر لبيانات المريض وجعلها في حالة ثابتة وجيدة من خلال الحفاظ عليه في أماكن التخزين المناسبة.

3-4 السرية : هي الحفاظ على السرية والخصوصية للبيانات الخاصة بالمرضى .

4-4 الاكتمال : هي حالة من الاكتمال الكلي للسجل من خلال دمج أو توحيد جميع البيانات المتعلقة بالمريض تحت ملف واحد .وسلامة

البيانات تشير إلى جودة الوثائق والتوثيق الدقيق ووجود كافة البيانات المتعلقة بالمريض .

4-5 الأمان : هو تأمين بيانات المريض من خلال حمايتها من الضياع ، والفقدان ، أو التغيير .

### 5. الإجراءات :

1-5 الحصول على المعلومات بالنسبة للموظفين:

1-1-5 الحصول على كلمة السر والتدريب في قسم تكنولوجيا المعلومات للبرامج التي سوف تستخدمها في عملك .

2-1-5 سيتم إعطاء الموظف فرصة الوصول الى البرامج والوحدات وفقاً لنطاق العمل الخاص به .

3-1-5 لا تكشف عن كلمة السر الخاصة بك إلى مستخدمين آخرين لتجنب الاستخدام غير المصرح به الذي يمكن أن يؤدي إلى وجود مشكلة أو تسرب المعلومات .

- 4-1-5 رفع التقارير الى تكنولوجيا المعلومات من خلال القنوات المناسبة وذلك عندما :
- 1-4-1-5 في حالة الاشتباه بتسريب المعلومات الخاصة بكل الى شخص آخر يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة .
- 2-4-1-5 تغيير كلمة السر الخاصة بك ، إذا كنت تعرف أن شخصا قد استطاع الوصول للمعلومات غير المصرح بها أو استخدم كلمة السر الخاصة بك .
- 2-5 عند تعطل الحساب وهنا يجب عليك تقديم طلب الى قسم تكنولوجيا المعلومات لاسترداد كلمة المرور .
- 3-5 من أجل التحكم بالوصول إلى معلومات المريض المحوسبة يجب تعيين الرموز الأمنية ومستويات الوصول و رفض الوصول إلى جميع بيانات الآخرين .
- 4-5 يتم إنشاء حساب التلقائي ، ويتم إرسال رسالة بالبريد الإلكتروني تلقائيا إلى مسؤول النظام عند الإدخالات المتكررة لنفس الحساب .
- 5-5 ينبغي لمندراء الإدارات إبلاغ قسم تكنولوجيا المعلومات عند نقل الموظفين إلى إدارات أخرى في النظام لقسم تكنولوجيا المعلومات لنقل الموظفين وتعطيل حساب الموظف وتفعيله في القسم الذي نقل الية .
- 6-5 في نهاية العقد المبرم أو الفصل يتم تعطيل كلمات السر لمستخدمي الكمبيوتر من خلال النموذج التعطيل ويكون موقع من مدير تقنية المعلومات بالمستشفى
- 7-5 موظفي المستشفى الذين يتطلب عملهم الوصول إلى الشبكات المحلية يجب أن يكون وصولهم الى المعلومات والبيانات المحوسبة بناء على الاسم وكلمة سر خاصة به ولا يشترك معه احد .
- مدير الشبكة يقوم برصد ومراقبة المستخدمين للدخول على البرامج التطبيقية للكمبيوتر .
- مدير الشبكة يقوم برصد ومراقبة المستخدمين للدخول على السيرفر .
- مدير قاعدة بيانات يقوم بمراقبة ورصد المستخدمين عند دخولهم في مستويات التطبيق .
- يجب على رئيس القسم إخطار إدارة تقنية المعلومات عند يكون الموظف في إجازة طويلة أو إجازة مرضية ، بحيث يتم إيقاف سجله مؤقتاً
- 8-5 يجب أن يتم الإبلاغ -عن جميع الانتهاكات المشبهة في أمن وسلامة البيانات في الكمبيوتر الى قسم تكنولوجيا المعلومات لإجراء المزيد من التحقيقات وتطبيق الإجراءات اللازمة ومن هذه الانتهاكات ما يلي
- 1-8-5 انتهاك في شبكات العمل
- 2-8-5 انتهاك في مسئول النظام والسيرفر .
- 3-8-5 أي انتهاكات اخرى في قواعد البيانات .
- 9-5 يجب على مدير النظام عدم إصدار كلمات السر إلا بعد اكمال التدريب المناسب من قبل مدرب الكمبيوتر .
- 10-5 الدورات التدريبية تعتمد على الوصف الوظيفي للمتدرب التي وافق عليها رئيس القسم .ويجب على الطرف الطالب للتدريب تحديد حاجة إلى المعلومات .
- 11-5 نموذج طلب التدريب يجب أن يكتب ويصادق عليه رئيس القسم .
- 12-5 كلمة السر المخصصة للمستخدمين تنتهي بعد ثلاثة أشهر من تاريخ صدور كلمة السر .
- 13-5 وبعد ثلاثة أشهر ، يتم إعادة تقييمها لاستخدامها في البرنامج الذي تدرّب عليه .
- 14-5 التدريب على استخدام الحاسوب لغرض اصدار كلمات السر يجب أن تشمل العملية الأساسية للكمبيوتر ، إذا كان المتدرب ليس لديه أي خلفية الكمبيوتر ، بالإضافة إلى مهارات الكتابة وكذلك التدرّب على :
- الاستخدام السليم والرعاية للكمبيوتر .
- سرية البيانات وكلمة مرور الكمبيوتر .
- 15-5 ويسمح للمستخدمين تغيير هوياتهم وكلمة السر من خلال نموذج تغيير كلمة السر التي يتم تقديمه إلى موظف إدارة تكنولوجيا المعلومات و يجب كتابة جميع المعلومات في نموذج الطلب مثل اسم المستخدم ورقم الحساب وبرنامج التطبيق وتوقيع رئيس القسم .
- 16-5 كلمات السر :
- ينبغي تغيير كلمات السر للخوادم وأنظمة التشغيل كل 3 أشهر .
- ينبغي أن توضع كلمة السر في ظرف وكلمة السر مكتوبه عليه .
- تم إصدار اسم مستخدم لكل الأفراد الذين يستخدمون الشبكة المحلية .
- جب أن تكون كلمة المرور ، ما بين ثلاثة (3) إلى ستة (6) أحرف وتكون خليط من الأحرف والأرقام .

- يجب أن تبقى كلمات المرور سرية ويجب ألا يتم الكشف عنها لأي شخص آخر .
- يجب استخدام قفل الشاشة لضمان حماية النظام عندما يترك دون تطبيق لفترات قصيرة من الزمن .
- يجب على المستخدمين تسجيل الخروج أو إغلاق التطبيق إذا تم ترك الكمبيوتر لفترة طويلة من الزمن
- يجب على المستخدمين تسجيل الخروج من الشبكة ، وإغلاق الكمبيوتر عند انتهاء عملهم.

17-5 أمن الكمبيوتر :

- ❖ إدارة تقنية المعلومات تفعل نظام لقفل التلقائي بعد مرور 15 دقيقة من الاستخدام غير نشط .
- ❖ عند إعادة التنشيط يتم طلب إدخال كلمة المرور .
- ❖ عدم ترك الكمبيوتر بدون حراسة .

18-5 الخروج من النظام وإيقاف تشغيل الكمبيوتر بعد استخدامه.

#### 6. النماذج المطلوبة :

- ❖ نموذج طلب كلمة السر .
- ❖ نموذج طلب التغيير كلمة المرور .
- ❖ نموذج طلب التدريب .
- ❖ تقرير انتهاك الشبكة.
- ❖ نموذج العقوبات .

#### 7. المراجع

السياسة الداخلية للمستشفيات

## سرية المعلومات .

### 1. الغرض:

- 1-1 حماية سرية المعلومات الصحية للمرضى والموظفين .  
2-1 الاسترشاد بها في إدارة ونشر المعلومات الطبية .  
3-1 احترام حقوق الأفراد في السرية.

### 2. السياسة :

- 1-2 في هذه السياسة قسم السجلات الطبية يحافظ على سرية السجلات الطبية للمرضى والموظفين وفقا للقانون اليمني المعمول به والاسترشاد بمعايير الممارسات الطبية
- 2-2 مستخدمى الكمبيوتر والموظفين الذين يمكنهم الحصول على المعلومات الخاصة بالفرد احترام سرية المعلومات عن طريق :
- 3-2 يجب أن يكون الحصول على كلمة السر محصور على إدارة تقنية المعلومات من اجل ضبط للوصول إلى المعلومات نظام الكمبيوتر من قبل المخولين فقط .
- 4-2 كلمة السر خاصة بالمستخدم فقط .
- 5-2 تأمين البيانات في وسائط التخزين المناسبة ، ويتم استرجاعها عند الحاجة وتكون محمية بكلمة سر .
- 6-2 عدم استخدام هذه البيانات خارج المستشفى ما لم يسمح بخروجها مدير المستشفى وعند خروجها من المستشفى تستخدم لغرض رعاية المرضى فقط .
- 7-2 لا تنقل البيانات من خلال الإنترنت عبر البريد الإلكتروني من دون الحصول على موافقة رسمية من مدير المستشفى
- 8-2 الأطباء وغيرهم من مقدمي الخدمات الصحية لا يجوز لهم الحصول على معلومات المريض ، اذا لم يكن لهم أي علاقة بعلاج المريض ، وفي هذه الحالة يجب على إدارة تقنية المعلومات وضع حماية للمعلومات الخاصة بالمريض وذلك من خلال السماح للأطباء بالوصول إلى بيانات المرضى الذين هم تحت رعايتهم فقط .
- 9-2 يتم إخراج سجلات المرضى من السجلات الطبية دون الحصول على موافقة من إدارة الإحصاء والسجلات الطبية أو تفويض خطي من المريض لمقدمي الرعاية الصحية التالية :
- الممرضات في العيادات الخارجية .
  - للممرضين في غرفة الطوارئ.
  - رئيس لجنة المراضة والوفيات .
- 10-2 طلب الملفات من قبل الآخرين يجب أن يكون خطيا محدداً الغرض من الطلب ؛ وتفويض من المريض ، وبموافقة مسبقة من رئيس الخدمات الطبية أو مدير المستشفى .

### 3. عقوبات الانتهاك

- 1-3 العقوبات لا تكون خاضعة للإعفاء وفقا للقواعد واللوائح الداخلية للتأديب والقوانين اليمنية .
- 2-3 العقوبة تعتمد على درجة الضرر التي تنعكس على المريض ، أو الموظف أو المنظمة الناتج عن الكشف عن معلومات .

- تكون عقوبة الضرر الناتج عن الكشف عن المعلومات كالتالي:
- إذا تعرضت حياة الموظفين ، والمرضى والمؤسسة للخطر ، أو تمس حياتهم الشخصية وتؤثر على سمعتهم تكون العقوبة الفصل و إنهاء العقد مع الاحتفاظ بحقوق الآخرين .
- في حالة كشف معلومات لا يكون لها تأثير كبير على المستشفى تكون العقوبة كالتالي :
  - ✓ الحدث الأول : خصم قسطين من الراتب .
  - ✓ الحدث الثاني : خصم ثلاثة (3) أيام من الراتب .
  - ✓ الحادث الثالث : خصم خمسة (5) أيام من الراتب ..
  - ✓ الحدث الرابع : إنهاء العقد .
- 3-3 في حالة كشف معلومات بدون قصد وإنما سوء استعمال من قبل المستخدم ، تعتمد العقوبة على الموقف والمعلومات التي تم كشفها وفقاً للمعايير التالية
- 4-3 إذا لم يكون لهذا الانتهاك تأثير كبير على المستشفى تكون العقوبة كالتالي :
  - ✓ الحدث الأول : تحذير
  - ✓ الحدث الثاني : خصم قسط واحد من الراتب
  - ✓ الحدث الثالث : خصم قسطين من الراتب
  - ✓ الحدث الرابع : خصم ثلاثة (3) أيام من الراتب ..
- 5-3 إذا كان له تأثير كبير على المستشفى تكون العقوبة كالتالي :
  - ✓ الحدث الأول: خصم قسطين من الراتب
  - ✓ الحدث الثاني : خصم ثلاثة (3) أيام من الراتب
  - ✓ الحدث الثالث: خصم خمسة (5) أيام من الراتب
  - ✓ الحدث الرابع : إنهاء العقد
- 6-3 الشخص الذي يقوم بكشف المعلومات الخاصة بكلمة المرور للخادم ومدير النظام تكون العقوبة الفصل من الخدمة و إنهاء العقد .

#### 4. تصنيف مستويات الخطورة على أمن وسرية المعلومات :

- 1-4 المستوى الأول : عالية المخاطر :
- 1-1-4 المعلومات الخاصة بالمرضى والموظفين سواء بياناتهم الصحية أو بياناتهم الشخصية والمعلومات المالية للمستشفى .
- 2-1-4 عند التعامل مع هذه المعلومات والحصول على نسخ منها يجب أن تكون مغلقة ومختوم عليها بكلمة سري ، وفي حالة وجودها بشكل الكتروني يجب أن تكون محمية بكلمة السر .
- 3-1-4 لا يجوز أن تستخدم الاختصارات في تسجيل التشخيص النهائي ولكن يجب أن تكون مكتوبة بشكل كامل وكذلك الوثائق الخاصة مثل بلاغ الوفاة أو شهادة الوفاة .
- 2-4 المستوى الثاني : متوسطة المخاطر :
- 1-2-4 معلومات الموظفين المتعلقة بالعمل اليومي
- 3-4 المستوى الثالث: منخفضة المخاطر : المعلومات التي تتعلق بالأنشطة والخدمات المتعلقة بالمستشفى والتي تكون متاحة للجميع وتصنف بأنها بيانات منخفضة المخاطر

5. تخزين المعلومات السرية :

- ✓ يتم تخزين جميع النسخ المطبوعة من المعلومات السرية في ملف ويكتب عليه "سري".
- ✓ يجب تخزين جميع البيانات السرية الإلكترونية في الخادم ويجب أن يكون مكان التخزين محمي بكلمة السر ويكون تحت مسؤولية مدير النظام ومستخدمي هذه البيانات .
- ✓ إذا كان هناك حاجة لتخزين البيانات على القرص الثابت المحلي أو على وسائط أخرى (مثل القرص المرن ، قرص مدمج) ، تكون هذه البيانات تحت مسؤولية المستخدمين ، ويجب أن تكون هذه الوسائط تضمن سرية البيانات ومحمية بكلمة سر ، ويتم تخزينها في خزانة مقفلة .

6. التخلص من المعلومات السرية :

التخزين والاحتفاظ بالبيانات يتم إتباع الآتي :

- ✓ الملفات الطبية يجب أن تبقى لمدة 5 سنوات .
- ✓ تحفظ ملفات الموظفين لمدة 10 سنوات وفقا للائحة الداخلية .
- ✓ تبقى ملفات مستشفى الغير المالية سنة واحدة .
- ✓ يتم التخلص من ملفات المستشفى المالية والمعلومات المتخذة في القرارات 10 سنوات وعلى النحو المطلوب .
- ✓ يجب التخلص من وثائق المستشفى و تمزيقها تحت إشراف رئيس القسم المعني .
- ✓ يجب إخراج جميع الأقراص الصلبة والأقراص المرنة لإعادة استخدامها بعد موافقة إدارة تكنولوجيا المعلومات والقسم المعني
- ✓ إذا لم نستطيع إعادة الأقراص التي تحتوي على معلومات سرية لا بد من تدمير هذه الأقراص بعد التحقق من قبل مهندس الأجهزة وموافقة مدير تقنية المعلومات ومدير المستشفى .

7. المسؤولية :

1-7 الموثقين في السجلات الطبية مسئولين عن ما يلي :

- ✓ استخدام الاختصارات المعتمدة فقط .
- ✓ لا تستخدم الاختصارات عند تسجيل التشخيص النهائي وفي شهادات الوفاة أو بلاغ الوفاة
- ✓ عدم استخدام أي اختصارات غير مصرح بها.
- ✓ مكتب الدخول يراقب الآتي
- تشييك نماذج السجل لضمان أنه لم يتم استخدام الاختصارات الغير مرخصة .
- إرجاع النماذج التي استخدم فيها الاختصارات الى الطبيب المسئول لتصحيحها .
- 2-7 لجنة مراجعة السجلات الطبية تقوم :
- ✓ المراجعة والموافقة على جميع التعديلات والإضافات والحذف .
- ✓ اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند الاستخدام / الغير مصرح به أو غير صحيح من المختصرات التي تم الإبلاغ عنها .
- ✓ يقوم رئيس لجنة تحسين الجودة بالموافقة على جميع برامج السلامة والبرامج والسياسات والإجراءات بما في ذلك سرية المعلومات .
- ✓ يقوم مدير المستشفى بالإشراف على تنفيذ ومعالجة إدارة البيانات وبرامج السلامة التي تضمن سرية معلومات من خلال وضع السياسات والإجراءات

### 3-7 مدير تقنية المعلومات مسئول عن :

- ✓ تمثيل المستشفى داخليا أو خارجيا وذلك فيما يتعلق بمسائل أمن الكمبيوتر ونظام المعلومات
- ✓ تنفيذ ومراقبة الإجراءات الضرورية لتوفير الأمن الملائم لموارد المعلومات والتكنولوجيا داخل المنطقة الخاضعة لمسئوليتهم .
- ✓ الإفصاح عن السياسة العامة فيما يتعلق بالعقوبات
- ✓ ضمان أن يتم فرض احترام السرية لجميع الموظفين .

### 4-7 يقوم رؤساء الأقسام يقومون بالآتي :

- ✓ التأكد بأنه يتم الاحتفاظ بجميع التقارير والمعلومات للمرضى في أماكن آمنة لضمان الخصوصية والسرية .
- ✓ التأكد من عدم ترك أي أجهزة الكمبيوتر مفتوحة من دون أي رقابة أو حراسة .
- ✓ الكشف عن العقوبات بما يتوافق مع سياسة الانتهاك وتحديد العقوبات .

### 5-7 يجب على مدير قاعدة البيانات

- ✓ ضمان تطبيق الضوابط واللوائح الأمنية في الخاصة بسرية المعلومات
- ✓ الإبلاغ عن أي انتهاك للسرية وتوفير توصيات جديدة للسياسات والإجراءات أو الضوابط اللازمة للحد من التعرض لمثل هذه الانتهاكات.

### 6-7 يقوم منسق الكمبيوتر

- ✓ معالجة كافة طلبات تسجيل الدخول و معرف نطاق خدمتها
- ✓ الامتثال لجميع السياسات والإجراءات كما هو مذكور هذه السياسة .
- ✓ تعزيز الوعي الأمني الخاص بالمعلومات بين مستخدمي الكمبيوتر .
- ✓ التنسيق مع رئيس القسم في مسائل أمن الكمبيوتر .
- ✓ تثبيت وتركيب جميع أجهزة الكمبيوتر وتفعيل قفل الشاشة بعد 15 دقيقة من الاستخدام الغير النشط .
- ✓ رفع التقارير عن انتهاكات سرية المعلومات بانتظام إلى مساعد مدير تقنية المعلومات .

### 7-7 مستخدمي الكمبيوتر بما يلي :

- ✓ الحاجة إلى معرفة إلى البيانات الموجودة الأساسية فقط ، .
- ✓ الإبلاغ عن أي خروقات أمنية عندما يتعلق الأمر بقضايا السرية لمنسق الحاسب الآلي ، الذي سيقدم تقريرا إلى إدارة الحاسب الآلي من خلال القنوات المناسبة .
- ✓ توفير ضوابط الحماية المناسبة عند توزيع وتجهيز الحواسيب .
- ✓ الحماية والحفاظ على المطبوعات وفقا لسرية المعلومات المتعلقة بالمرضى .
- ✓ الحفاظ على بقاء المطبوعات بشكل مناسب ، وضمان التمزيق أو التثوية قبل التخلص منها.
- ✓ يجب على مشرف السجلات الطبية بتنفيذ جميع الضوابط سرية البيانات والإجراءات المتصلة المحافظة على البيانات الطبية في شبكة الحاسوب .
- ✓ منسق الكمبيوتر هو الشخص المعين من إدارة تقنية المعلومات لتأمين الحواسيب داخل الإدارات .ويتعاون معه رئيس القسم المعني لضمان أن الكمبيوتر في ظروف عمل جيدة والأهداف الأمنية قد استوفيت .
- ✓ الموظف الفني يحافظ على جميع الأنشطة ذات الصلة بما في ذلك أجهزة الكمبيوتر مثل عمل الصيانة الوقائية العادية والإصلاح .

## 8. التعاريف :

- ✓ الدقة : هي صحة البيانات والمعلومات وجعلها موثوقة .
- ✓ السرية : هي حق الموظف أو المريض في الخصوصية الشخصية والإعلامية ، إلى أقصى حد يسمح به القانون ، ، بما في ذلك جميع المعلومات الصحية .
- ✓ السجلات الطبية المكررة : هي السجلات الطبية المتكررة لمريض واحد والتي لا بد من إزالتها من النظام لأنها يمكن أن تؤدي إلى أخطاء في التعامل مع علاج المريض .
- ✓ الازدواج : هو وجود اثنين ارقام مختلفة لنفس المريض وبالتالي تتكرر السجلات ويتم الغاء واحد منها لمنع الأخطاء.
- ✓ التعرض للتهديد : هي المشاكل المحتملة التي يمكن ان تعرض أو تتسبب في فقدان المعلومات والمعدات والوقت والمال والسمعة .
- ✓ نظام المعلومات الصحية : هو النظام الذي يدعم الخدمات التوظيفية في المستشفى للمرضى الداخليين والخارجين والخدمات الإضافية . .
- ✓ حماية المعلومات : تشير إلى أي بيانات المريض ، سواء كانت مكتوبة أو شفوية والذي تم إنشاؤه من قبل المستشفى أو ما يتصل بصحة المريض ؛ أو التي يمكن التعرف بها على المريض .
- ✓ الكشف : يعني إطلاق أو نقل المعلومات الصحية خارج المستشفى أو السماح للوصول إلى المعلومات الصحية المحمية لأشخاص من خارج المستشفى .

## 9. الإجراءات :

### الحصول على المعلومات للموظفين :

- إدارة تقنية تقوم المعلومات بتدريب الموظف وتزويده بكلمة السر خاصة للبرامج الذي سيستخدمها في عمله.
- فرص الوصول الى المعلومات تتاح وفقا لنطاق الخاص بالعمل .
- ضمان عدم كشف كلمة السر الخاصة بك إلى مستخدمين آخرين من اجل تجنب الاستخدام غير المصرح به الذي يمكن أن يؤدي إلى إحداث مشكلة أو تسريب معلومات .
- ابلاغ ادارة تكنولوجيا المعلومات في الحالات التالية
- عند الأشباه في تسرب المعلومات لمزيد من التحقيق واتخاذ الإجراءات اللازمة .
- عند تغيير كلمة السر الخاصة بك ، إذا كنت تعرف أن شخصا ما قد أتيح له الوصول غير المصرح به أو استخدم كلمة السر الخاصة بك .

### التخلص من المعلومات السرية :

- فرز البيانات التي يتم التخلص منها بعد الحصول على موافقة المدير المسئول . توفير آلة أتلاف ، إذا لم يكن هناك آلة أتلاف ، يتم تقطع الأوراق إلى قطع أصغر ووضعها داخل كيس من البلاستيك .
- أتلاف الوثائق يكون تحت إشراف المشرف المباشر أو من يعينه .
- للحصول على نسخ برمجية يتم الرجوع إلى إدارة تقنية المعلومات .
- تخزين المعلومات السرية :
- يجب أن يتم تخزين جميع البيانات الإلكترونية في خوادم الشبكة.
- إذا كان هناك حاجة لتخزين البيانات في نسخة إلكترونية عن طريق (القرص الثابت أو الأقراص المرنة والأقراص المدمجة) يجب أن تكون محمية بكلمة سر وإزالتها أو إتلافها يكون في أقرب وقت ممكن عندما لم تعد هناك حاجة لها .

- يجب تخزين السجلات الورقية من المعلومات السرية في خزائن مغلقة بحيث تضمن عدم الاستعمال من قبل الغير وعدم الوصول إليها إلا من قبل الموظفين المصرح لهم فقط .

#### الكشف عن معلومات سرية

- لا يسمح لموظفي المستشفى الكشف عن معلومات سرية إلا بعد موافقة من مدير المستشفى .
- لا يجوز لأي من موظفي المستشفى مناقشة أي معلومات للمريض ما لم يكن مسئول عن رعاية المريض .
- لا يجوز الكشف عن أي معلومات سرية من خلال الهاتف ، ويتم إيصالها إلى المتلقي بعد التحقق من هويته .
- لا يجب كشف أي معلومات سرية على جهاز الرد على الهاتف ، أو إرسالها عن طريق الإنترنت .
- للحصول على معلومات سرية من خلال الفاكس يجب أن تصل إلى المتلقي فور إرسالها ويكون جاهزا لاستقبال المعلومات .
- يجب أن تطبع على الوثائق كلمة 'السرية' . و يطلب تأكيد فوري من المستلم عند وصول البيانات .
- ينبغي أن يتم نقل المعلومات سرية عبر البريد الإلكتروني .
- عند إرسال المعلومات السرية الورقية يجب أن تكون مغلفة مكتوب عليها 'السرية' .

#### 10. متطلبات الوثائق :

- حقوق وسرية المريض
- دليل العقوبات
- سياسة الموارد البشرية
- نموذج الموافقة عن خروج المعلومات

#### 11. المراجع:

السياسة الداخلية للمستشفيات

## تحويل المريض .

### 4. الهدف:

- ضمان قبول المريض عند تحويله.
- لضمان سلامة نقل المريض
- تزويد الموظفين بالية لنقل السجل الطبي بطريقة تضمن السرية
- ضمان سلامة وصول المريض .

### 5. السياسة:

- هذه السياسة الوحيدة التي يتم تطبيقها خارج المستشفى
- قسم التحويل مسئول عن تقديم الرعاية للمريض حتى وصوله وقبوله في القسم المستلم
- مساعدة موظفي القسم المحول لتحضير المريض
- تغطي السياسة متطلبات التحويل الخارجي والداخلي

### 6. الإجراءات:

- إرسال نسخة من السجل الطبي عند التحويل ويشمل الأتي
  - Ⓜ نموذج التحويل
  - Ⓜ تقرير العمليات
  - Ⓜ تقرير الباثولوجي
  - Ⓜ نتائج الفحوصات
  - Ⓜ تقارير الاستشارات
  - Ⓜ الفحص السريري والتاريخ المرضي
- يجب أن تعكس محتويات السجل الطبي
  - Ⓜ الرعاية الأولية والمستمرة للمحافظة على استقرار حالة المريض قبل التحويل
  - Ⓜ تسلسل الأحداث المتعلقة بالمريض
  - Ⓜ الخطة العلاجية
  - Ⓜ وصف استجابة المريض للمعالجة والأودية والإجراءات
  - Ⓜ نتائج القياسات التي أخذت للمريض لمنع تدهور حالة المريض
- نموذج التحويل يشتمل على
  - Ⓜ التحقق من طريق الاستلام
  - Ⓜ اسم المستلم
  - Ⓜ اسم الأطراف التي قبلت المريض والموقع
  - Ⓜ تاريخ وزمن القبول

<p>Ⓜ التشخيص</p> <p>Ⓜ وصف عن استقرار حالة المريض</p> <p>Ⓜ اسم الطبيب المسئول على التحويل واسم الطبيب المستلم</p> <p>• الوثائق عند تحويل المريض</p> <p>Ⓜ نسخة واضحة من السجل الطبي</p> <p>Ⓜ ملاحظات تفصيلية في تقرير التحويل</p> <p>Ⓜ موافقة النقل من المستشفى</p>
<p>8. <u>الوثائق المطلوبة:</u></p> <p>نموذج التحويل</p> <p>موافقة النقل</p>
<p>9. <u>المراجع:</u></p> <p>السياسة الداخلية للمستشفيات .</p>

## مشاركة المريض وعائلته في اتخاذ القرار للرعاية الصحية .

### 1. الهدف:

- لضمان مشاركة المريض وعائلته في عمليات الرعاية الصحية.

### 2. السياسة:

- الموافقة العامة ويوقع عليها المريض في قسم الاستقبال في العيادات الخارجية وإذا كان المريض رقاد يوقع عليها في مكتب الدخول وهذه الموافقة تسمح للطبيب بمعالجة وفحص المريض
- أي إجراءات طبي أخرى للمريض يتم استخدام الموافقة الخاصة بالإجراء
- الطبيب المعالج سوف يخبر المريض بالمعلومات المتعلقة بنتائج العلاج عند التقييم الأولي ويتم تأكيد التشخيص في الإجراءات العلاجية والخطة العلاجية وذلك بناء على الأتي :
- ® الطبيب المعالج مسئول عن إعلام المريض وعائلته عند تأكيد التشخيص وذلك من اجل الحصول على الموافقة واشراك المريض في اتخاذ القرار
- ® اذا كان المريض لا يستطيع الموافقة يتم اخذ الموافقة من قريبة
- ® كل المعلومات المتعلقة بالمريض يتم ايصالها له بطريقة مفهومة
- عندما يرفض المريض العلاج أو الإجراء يتم التوقيع على نموذج رفض العلاج .
- قبل عمل أي اجراء جراحي يتم شرح للمريض طبيعة هذا الإجراء وما يترتب عليه من مضاعفات .

### 3. حقوق المريض ومشاركته في الرعاية الصحية :

- الرعاية الصحية المثلى مع مراعاة الخصوصية الشخصية وسرية المعلومات المتعلقة بمرضه وعدم كشفها لأشخاص غير معينين .
- تلقي الرعاية الطبية بالمساواة والإحترام مع مراعاة القيم والعقائد الشخصية
- الحصول على الخدمات الطبية العاجلة في الحالات الطارئة وفقاً للأماكن المتاحة
- المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالطرق العلاجية ( قبولها أو رفضها )
- معرفة هوية ووظيفة الأشخاص الذين يقومون بتقديم الرعاية الصحية
- تلقي العلاج اللازم للألم حسب طبيعة المرض وما يقره الطبيب المعالج
- أن يرفض مقابلة أو التحدث مع الأشخاص الغير مخولين بعلاج
- رفض المشاركة في الأبحاث العلمية والتوقف عن المشاركة بعد الموافقة
- تقديم أي شكوى تتعلق بالرعاية الصحية المقدمة له دون الخوف من العقوبة
- الحصول على الحماية من قبل المستشفى من أي اعتداء جسدي أو نفسي أو خطي
- الحصول على المعلومات بشكل كامل ومبسط من الطبيب المعالج بخصوص التشخيص وطرق العلاج المقترحة والبديلة .

### 4. الوثائق المطلوبة:

لائحة حقوق المرضى

### 5. المراجع: السياسة الداخلية للمستشفيات

## ترميز وتصنيف الإجراءات الطبية .

6. المحتويات :

توفير سياسة خاصة بترميز وتصنيف التشخيصات وفقاً لتصنيف الدولي للأمراض – الإصدار العاشر وذلك لغرض ترميز التشخيصات الطبية والعمليات .

7. الأهداف :

- 1-2 تصنيف وترميز التشخيصات والإجراءات الطبية وذلك لغرض البحوث الطبية والتعلم والتدريب والإحصاءات وكذلك ( تجميع البيانات وتحويلها إلى معلومات ) لغرض التخطيط الإداري .
- 2-2 ترميز كل طبيب برمز وحيد لتسهيل الحصول على المعلومات الضرورية وذلك لإعداد التقارير عن عدد المرضى لتحديد دخل كل طبيب وكذلك لتحديد النقص لكل لطبيب ( تقييم أداء الأطباء ) .
- 3-2 الترميز الدقيق للتشخيصات والإجراءات مهم جداً للتقدم والتطور الطبي ، واستخدام المعلومات داخل ... وخارج المستشفى ،،،،، وأيضاً لإنشاء تقارير إحصائية لكل الإجراءات الطبية ،،،،، ورفعها إلى الإدارة لغرض اتخاذ القرارات .

8. السياسة :

- 1-3 يتم استخدام التصنيف الدولي للأمراض – 10 للترميز : لضمان نوعية وجودة التصنيف ولجنة السجلات الطبية تقوم بأخذ عينه عشوائية كل شهر من السجلات لمراجعتها وكذلك عينه من الرموز الخطيرة والصعبة .
- 2-3 أسماء الأطباء وأرقامهم سوف يحدد لهم ( كود تعريفي ) في نظام الكمبيوتر مع كملة مرور لتسهيل الوصول إلى الكمبيوتر .
- 3-3 مدير السجلات الطبية يعد تحليل نوعي للترميز – وتاريخ الخروج ،،،،، الموضوع في الجهة الأمامية من السجل .
- 4-3 ترميز سجلات الخروج خلال يومين من تاريخ الخروج بعد استلامها من الأقسام .
- 5-3 تحدد ترميز الإجراءات لمعرفة دخل كل تخصص وكل طبيب على حدة من خلال ترميز الأطباء .

9. نطاق السياسة :

السجلات الطبية ،،،،، التمرريض ... الأطباء .... باقي الفريق المساعد ...

10.المسئولية :

السجلات الطبية ،،،،، التمرريض ... الأطباء .... باقي الفريق المساعد ... / الأقسام السريرية ... مسئولة عن دقة ووضوح الكتابة على السجل وباللغة الإنجليزية .

11.الإجراءات :

- يتم تصنيف وترميز السجلات الطبية لمرضى الخروج وفقاً لتصنيف الدولي العاشر
- 1-6 يتم تصنيف وترميز السجلات الطبية داخل منطقة الترميز في قسم السجلات الطبية
- 2-6 يقوم الاطباء بكتابة التشخيص والعمليات الجراحية ان وجدت على المكان المخصص لها في الملف الطبي

3-6	يقوم الاطباء بوضع الرمز امام التشخيص والعملية الجراحية .
4-6	يقوم موظف السجلات بالتأكد من كتابة رمز التشخيص والعملية الجراحية في ملخص الخروج ونموذج الدخول والخروج
5-6	يقوم موظف السجلات بكتابة رمز المرض أو العملية على بطاقة فهرسة المريض اذا كان النظام غير محوسب
6-6	يقوم موظف الإحصاء بإدخال البيانات من بطاقة الفهرسة الى قاعدة بيانات الكمبيوتر
12. أنشاء ترميز للأطباء .	
1-7	يطب من مدير الكمبيوتر أنشاء ترميز للأطباء وترميز أي طبيب جديد ويحدد له رمز بعد المصادقة وتسجيله في الكمبيوتر . قسم الكمبيوتر يقوم بالتالي :
2-7	تحديد رمز الطبيب بعد الحصول على الموافقة من المدير المباشر أو المدير الطبي .
3-7	تسجيل الطبيب واعتماد رمز الطبيب داخل الكمبيوتر .
4-7	يحصل الطبيب على ختم موضح عليه اسمه ورقمه لاستخدامه عند أي توثيق .
5-7	إضافة رمز الطبيب الى قائمة ترميز الأطباء .
1-8	يمكن ترميز الأطباء إلكترونياً .
13. أنشاء ترميز للإجراءات :	
2-8	يقوم رئيس القسم بطلب أنشاء ترميز لأي إجراءات جديدة ونشرة على الموظفين للرجوع إلية عند تطبيقه على أي مريض .
3-8	قسم الكمبيوتر يقوم بتسجيل الكود مع وصف للإجراء .
4-8	يضاف رمز الكود للإجراء الى قائمة ترميز الإجراءات .
5-8	يمكن ترميز الإجراءات إلكترونياً .
14. الوثائق المطلوبة :	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• كتاب التصنيف الدولي للأمراض - 10</li> <li>• ملخص الخروج</li> <li>• معايير الاختصاصات الطبية</li> </ul>
15. المراجع :السياسة الداخلية للمستشفيات	

## تحديد البيانات التي يحتاجها المدراء الإداريين والسريين .

### 1. المحتويات :

هذه السياسة تحتوي على الأدوات التي تحدد البيانات الضرورية للمدراء و رؤساء الأقسام.

### 2. الأهداف :

- 1-2 للحصول على البيانات وتحويلها الى معلومات .  
2-2 لاستخدام المعلومات في تحسين مخرجات الرعاية الصحية للمريض وتحسين الإداء للمؤسسة ودعم رعاية المريض ودعم الإدارة في اتخاذ القرارات .

### 3. السياسة:

- 1-3 يجب توثيق كافة العمليات والانشطة الطبية والإدارية سواء كانت يدوية أو الكترونية .  
2-3 يتم تجميع البيانات اذا كانت الكترونية بواسطة قسم تكنولوجيا المعلومات المسئول على شبكة المستشفى .  
3-3 يجب على قسم نظام المعلومات اتاحة البيانات المتعلقة بالأقسام الإدارية وفق احتياجاتهم .  
4-3 يجب على قسم نظام المعلومات اتاحة البيانات المتعلقة برؤساء الأقسام ومدراء الإدارات وفق احتياجاتهم.  
5-3 صيانة وتطوير معايير الحفاظ على البيانات في السرفر ( الخادم ) تكون مسئولية قسم تكنولوجيا المعلومات  
6-3 معايير الحفاظ وتطوير قواعد البيانات الأخرى ،،،،، ووضع القواعد توجيهية يكون من قبل اللجان الخاصة بذلك والتي تحدد شروط ومعايير صيانة وحفظ وتجميع البيانات مثل  
1-5-3 لجنة المعلومات : مسئولة عن مراجعة السجلات الطبية الورقية والالكترونية وتحديد البيانات المراد جمعها .  
2-5-3 لجنة القيادة :  
● المراجعة اليومية للأنشطة والعمليات التي تتم خلال فترة محددة وذلك من خلال البيانات التي يتم تزويدها إدارة الإحصاء والمعلومات .  
● التزويد المناسب للأقسام بالمعلومات المحللة بناء على المخرجات الناتجة عن جمع البيانات .  
● اتخاذ القرارات للقضايا الصحية ومراقبة الخطط التشغيلية للتحسين .  
3-5-3 لجنة السجلات الطبية :  
Ⓜ ضمان سلامة ووضوح كافة الوثائق المتعلقة بالمعلومات الصحية  
Ⓜ مراقبة وتطوير المعلومات الصحية  
Ⓜ تحديد الوثائق الغير مكتملة  
Ⓜ مراجعة تصميم النماذج الطبية  
Ⓜ الاشتراك مع لجنة تحسين الجودة في تجميع البيانات التحسينية .  
3-5-4 لجنة تحسين الجودة :  
مسئولة عن جمع البيانات وتحليلها وتثقيفها  
مراقبة الجودة في أقسام المستشفى بناء على نتائج جمع البيانات  
البدء في عملية التحسين بناء على النتائج وحسب خطورة وأهمية التحسين  
اللجان الأخرى تعتمد على احتياجاتها للمعلومات المطلوبة لاتخاذ القرارات . 7-3

#### 4. مصادر المعلومات الداخلية :

تكون مصادر المعلومات بناء على نوعها

- معلومات الجودة
  - Ⓜ الرسالة ،،، الرؤية ،،، القيم
  - Ⓜ الطلبات التنظيمية ( اللجان ،، الفرق .... )
  - Ⓜ السياسات والإجراءات
  - Ⓜ احتياج اللجان والتوقعات
  - Ⓜ تفسيرات وتحليلات لجنة تحسين الجودة .
- البيانات الكمية
  - Ⓜ الحسابات المالية
  - Ⓜ حساب التكاليف الإدارية
  - Ⓜ الإنتاج
  - Ⓜ التوازن بين العمليات والمخرجات
- الملاحظات المباشرة
  - المراجعات للعمليات والإجراءات مثل ( مراجعة السجلات الطبية ،، استخدام المعلومات ،، الدم وتراكيب الدم ...
  - الصيدلة وتأثير الدواء ،، تقارير لجنة المراضة والوفيات ،،، البيانات الوصفية .... إدارة المخاطر ،، سلامة الأدوات والمرافق والأجهزة ،،، التقييم الذاتي ،، محاضر الاجتماعات .
- بيانات المريض الديمغرافية
  - بيانات المعالجة ،، السريرية ،،،، التشخيصات الدقيقة .... مدة بقاء المريض ...
- مقارنة البيانات :
  - مقارنة مسح رضا المرضى / المقترحات والشكاوي
  - رضا الموظفين / معنوياتهم
  - رضا الأطباء والتمريض / الموظفين الآخرين
- يتم جمع البيانات الوصفية والكمية من خلال النماذج التالية ،،، المقابلات ، فريق FOCUS ، المسوحات ، التعليقات ، الاستبيانات ،، الملاحظات .
- الفهارس
  - 📖 فهرس المرضى : وهو سجل دائم لجميع المرضى في المستشفى ويحتوي على البيانات التالية ( التاريخ .  
أسم الطبيب . رقم السجل الطبي )
  - 📖 فهرس الأطباء : وهو ملف الحالات التي تم معالجتها من قبل الطبيب وتحفظ لمدة عشر سنوات
  - 📖 فهرس الأمراض : هو الملف الرئيسي لترميز الأمراض بواسطة ICD-10 ويحفظ لمدة عشر سنوات
  - 📖 فهرس الجراحة : هو الملف الرئيسي للإجراءات الجراحية وترميزها ومثله فهرس التشخيصات .
  - 📖 السجل الرئيسي : وهو القائمة الرئيسية الدائمة على مدار الوقت للإحصاءات المحفوظة وتفصل إحصاءات المرضى عن بعضها مثلاً ،، ( الرقود - العيادات الخارجية - سجل الطوارئ - الوفيات - سجل الأورام - الأدوات الطبية )
- البيانات التي يجب رفعها بشكل يومي

عدد مرضى الرقود	®
عدد مرضى العيادات الخارجية	®
عدد مرضى الطوارئ	®
مرضى الدخول اليومي	®
مرضى الخروج اليومي	®
عدد العمليات	®
عدد الولادات	®
المعلومات الوطنية والدولية :	●
معلومات وزارة الصحة	
قاعدة بيانات الأنترنت للاطلاع الى كل جديد والوصول الى مجالات الرعاية الصحية العالمية .	
معلومات فرق العمل	●
في الأقسام لمعرفة ،،،، الشخص الجيد من خلال ( المهارات .... المشاركة بالمعلومات .... المشاركة في فريق العمل )	-
دليل الممارسات الطبية المهنية	●
لتحديد أفضل الممارسات	-
لمقارنة التقارير	-
التقارير المنشئة في نظام المعلومات وتحتوي على	●
نظام الرعاية الصحية	-
وحدات الفوترة	-
نظام الأدوات والمعدات الطبية	-
نظام التقارير والمعلومات الصحية	-
النظام المالي	-
نظام المرافق والوحدات	-
5. : المراجع : السياسة الداخلية للمستشفيات	

## خطة إدارة المعلومات .

### 1. الأهداف :

- 1-1 توفير المعلومات الطبية والإدارية للمستخدمين بالوقت المناسب وبالشكل الصحيح
  - 1-2 تلبية الاحتياجات للمعلومات لموظفي الإدارة وكذلك لمقدمي خدمات الرعاية الصحية .
- المطلب الأول: دعم رعاية المرضى
- يتم دعم رعاية المرضى من خلال تحسين مخرجات المريض وتحسين الرعاية الصحية وتحسين التوثيق وضمان سلامة المريض وتحسين الأداء عند تقديم الرعاية للمريض والمعالجة والخدمات ويتحقق المطلب الأول بما يلي :
- تعزيز الوصول الفوري والسريع للمعلومات الطبية من قبل الموظفين الطبيين من خلال توفير المعلومات الدقيقة وبصورة مستمرة لتسهيل عملية الرعاية الصحية
  - التأكد من الأطباء يمتلكون المهارات المناسبة والمعرفة ويقتضون الفرص التعليمية وذلك عن طريق الاستخدام الفعال لموارد المعلومات مثل شبكة الانترنت والمجالات الطبية الحديثة وممارسة الممارسات الطبية الحديثة بناء على الأدلة الطبية .
  - حماية الخصوصية والسرية للمعلومات المتعلقة بالمرضى وضمان التوافق والسلامة والدقة والأمن للمعلومات .
- المطلب الثاني : دعم متخذي القرارات : من خلال التزويد السريع والدقيق بالمعلومات مثل الإحصاءات وغيرها ويتحقق ذلك من الآتي

- تطوير قاعدة بيانات الكمبيوتر وتزودها بالنماذج الإحصائية التي تدعم متخذي القرار 
- تزويد مكاتب الأتمتة بالأدوات ( تشمل البريد الإلكتروني ) لتسهيل العمليات 
- تشجيع استخدام البريد الإلكتروني للتواصل 
- تدريب متخذي القرار على إدارة المعلومات 
- تطوير ترميز المرضى لتسهيل استخراج البيانات وتفسيرها . 

### 2. نطاق السياسة :

خطة إدارة المعلومات تحدد موارد البيانات الطبية والإدارية والمالية وتوجد عدة وسائل لمصدر البيانات والمعلومات ويتم التحكم بها في اثنين مستودعات ( قسم السجلات الطبية – تكنولوجيا المعلومات ) والمعلومات الطبية الموثقة تشمل البيانات الخاصة بالمرضى سواء التي في السجل الإلكتروني أو اليدوي والتي تحدد العمليات السريرية والخدمات المساعدة والأدلة الطبية .

### 3. المسئوليات :

اللجان : تحديد احتياجاتها من المعلومات ومحتوياتها في الوقت المناسب  
إدارة المستشفى : توفير الميزانية أو رأس المال لتلبية احتياجات المعلومات  
رؤساء الأقسام :

- الالتزام بالحفاظ وتطوير الإجراءات الخاصة بالقسم فيما يتعلق بالمعلومات الطبية
- تحديد مستوى التواصل فيما يتعلق بالبيانات والمعلومات الطبية لتحسين الأداء وتحديد المسؤوليات
- تزويد الموظفين بالمعلومات وتثقفهم وتدريبهم على استخدام المعلومات بالتنسيق مع مكتب الجودة

الموظفين :

- الاستخدام الأمثل للمعلومات حسب متطلبات التوصيف الوظيفي .
- إعداد تقارير عن مشاكل المعلومات ورفعها الى الإدارة المناسبة لاتخاذ القرار .
- الالتزام بالمعايير والسياسات المتعلقة بالوصول أو إطلاق المعلومات وكذلك المتعلقة بسرية المعلومات .
- رفع التقارير المتعلقة بانتهاكات السرية الى المدير المباشر أو المشرف .

السجلات الطبية :

- 📋 إنشاء وحفظ وصيانة السجلات الطبية والمعلومات الطبية
- 📋 التأكد من سلامة السجلات الطبية
- 📋 التخزين والاسترجاع والنشر للتقارير والمعلومات الطبية
- 📋 حماية السجلات من التلاعب والتطفل
- 📋 تصنيف وترميز التشخيصات والأمراض والعمليات
- 📋 التحقق من اكتمال السجلات الطبية والمعلومات
- 📋 رصد الالتزام بمعايير التوثيق في السجلات والمعلومات الطبية
- 📋 الاحتفاظ والتمزيق للسجلات والمعلومات الطبية

تكنولوجيا المعلومات

- 💻 تطوير البرامج التطبيقية بناء على احتياجات ومتطلبات العمل
- 💻 القيام بالتدريب والتعليم للمستخدمين عن تطبيقات البرامج التطبيقية وغيرها
- 💻 ضمان حماية البرامج من الفيروسات عند استخدام البريد أو خدمات الانترنت
- 💻 رصد الامتثال لسياسات وإجراءات المستشفى الخاصة بأمن المعلومات

4. التعريف :

الخطة : هي عبارة الخطوط التي تحدد بيئة المعلومات الحالية وتبسيط الضوء على مواضيع المستقبل .  
الرؤية : توفير المعلومات الدقيقة والشاملة وتقديمها لمتخذي القرار في الوقت المناسب لتعزيز الإبداع وإنشاء المعرفة وبالتالي تحسين الأداء .

5. التوجهات الإستراتيجية :

- ® سرية المعلومات سواء للورقية أو الالكترونية أو الشفوية وذلك عند الالتقاط أو التخزين أو الاسترجاع .
- ® تقديم البيانات والمعلومات في الوقت المناسب دون الإخلال أو المساس بسرية المعلومات
- ® حماية خصوصية وسرية المعلومات ومسئولية المستشفى وبشارك كل الموظفين في حمايتها ولا تقتصر على السجلات الطبية أو تكنولوجيا المعلومات

## 6. أمن المعلومات :

- ☺ وضع ضوابط ومبادئ توجيهية لحماية البيانات والمعلومات تشمل حماية السجلات من فقدان أو التمزيق أو العبث والتشويه .
- ☺ تطوير سياسة إزالة السجلات الطبية عندما يسمح بإزالتها بحيث تصبح هذه السياسة مرجع ودليل يطبق عند إزالة السجلات .
- ☺ حماية البيانات والمعلومات ضد المتطفلين ومن العبث أو الإضرار
- ☺ ضمان جمع البيانات والمعلومات بطريقة منهجية ومنع تزوير البيانات والمعلومات ( سياسة التوثيق )
- ☺ حماية السجلات بالطرق التي تقلل من احتمال حدوث تلف للمعلومات بالنار أو الماء وذلك عن طريق العمل باحتياطات السلامة من خلال التدريب على إطفاء الحرائق و استخدام أجهزة الإنذار وأيضاً تصمم وحدة الحفظ بحيث تكون بعيدة عن الموارد المائية والصرف الصحي ويكون لها مخرج طوارئ .

## 7. سلامة المعلومات

- مكتب الجودة يضع معايير لضبط ودقة واكتمال البيانات ومعالجتها
- تطوير قواعد ومعايير التغيير واسترجاع كلمة المرور
- الاحتياط اليومي لكافة البيانات
- تطوير قائمة الاختصارات الموحدة والتعاريف لتوحيد مدخلات السجل الطبي
- إدارة تكنولوجيا المعلومات ،،، قسم السجلات ،،، إدارة الجودة ،،، الأقسام السريرية والمساعدة ...الأفراد ... الجماعات ... الذين يجمعون البيانات يضمنون دقة واكتمال البيانات المجمعة .

## 8. المراجع :

السياسة الداخلية للمستشفيات

## الحد الأدنى المقبول به من المعلومات عند عمل الفحص السريري الشامل.

### 1. الهدف:

- تحديد محتويات الحد الأدنى المقبول به من المعلومات عند عمل الفحص السريري الشامل بناء على احتياجات المريض والموقع والتخصص

### 2. السياسة:

- 1-2 الحد الأدنى المقبول به من المعلومات عند عمل الفحص السريري الشامل تعمل وتسجل بواسطة طبيب مرخص له ومحتوياته موافق عليها من قبل لجنة السياسات والإجراءات
- 2-2 الحد الأدنى المقبول به من المعلومات عند عمل الفحص السريري الشامل تعتمد على احتياجات المريض وموقع الرعاية والتخصص .
- 3-2 الحد الأدنى المقبول به من المعلومات عند عمل الفحص السريري الشامل يكون لجميع المرضى وهم

### كالتالي

- مرضى الرقود للبالغين والأطفال ويشمل مرضى الجراحة
- للمرضى ( DAY CASE ) في العيادات الخارجية
- للمرضى في غرفة الطوارئ
- للمرضى في العيادات الخارجية

### 3. التعريفات:

العلامات المتعلقة بالفحص السريري : - التعرف على أي علامة طبيعية أو غير طبيعية قد تدعم أو لا تدعم واحد أو أكثر من التشخيصات

العلامات الحيوية : ضغط الدم ، الحرارة ، النبض ، التنفس

### 9. الإجراءات :

- 1-4 يكتب الطبيب المرخص له الحد الأدنى المقبول به من المعلومات عند عمل الفحص السريري الشامل وفقاً لاحتياجات المريض وموقع الرعاية والتخصص .
- 2-4 محتويات الحد الأدنى المقبول به من المعلومات عند عمل الفحص السريري الشامل تكتب بعد المصادقة عليها من قبل لجنة السياسات والإجراءات وبعد قبولها من قبل الموظفين السريريين .
- 3-4 عند عمل أي تغيير على الفحص السريري الشامل يتم من قبل الموظفين السريريين ويقدم الى لجنة السياسات للمصادقة عليه .
- 4-4 يجب مراجعة وتحديث الفحص السريري الشامل من قبل الموظفين السريريين وتصادق عليه لجنة السياسات والإجراءات .

### 10. سجل مرضى الرقود

- 1-5 يتم كتابة الفحص السريري الشامل ووضعه في سجل المريض خلال 24 ساعة أو قبل ذلك بحسب حالة المريض .
- 2-5 يجب تسجيل الفحص السريري قبل أي إجراء جراحي أو عملية جراحية .
- 3-5 تسجل نتائج العلامات الطبيعية عند عمل الفحص السريري الشامل بناء على شكوى المريض والتخصص .
- 4-5 يحتوي الفصح السريري على الآتي
- 1-4-5 العلامات الحيوية
- 2-4-5 فحص الرأس : بما في ذلك العنق والأنف والأذن والحلق والعين
- 3-4-5 فحص الجهاز التنفسي
- 4-4-5 فحص القلب والأوعية الدموية
- 5-4-5 فحص البطن والأعضاء التناسلية
- 6-4-5 فحص الجهاز العضلي والعظمي
- 7-4-5 فحص الجهاز العصبي .
- 5-5 النتائج الغير طبيعية لأجهزة الجسم المختلفة تسجل باختصار
- 6-5 للأطفال :- نفس بيانات المرضى إضافة الى الآتي :-
- ضغط الدم ( الأطفال فوق 3 سنوات )
- فحص النمو ( تحت 3 سنوات )
- فحص الفحص الأمامي ( أقل من سنة ونصف )
- فحص الورك للخلع ( أقل من سنة )
- أي علامة أو شذوذ الغير الطبية للأطفال
- 7-5 للولادة نفس البيانات يضاف الآتي :-
- فحص البطن الشامل وفقاً لعمر الحمل ، ارتفاع الجنين وعرضه ، المخاض الكاذب ، مراقبة قلب الجنين .
- الفحص بالموجات فوق الصوتية
- الفحص اليدوي للحوض .

#### 11. سجلات العيادات الخارجية

بالنسبة للمرضى الذين يزورن العيادة لأول مرة يتم عمل لهم فحص سريري شامل ويشمل على الآتي

- العلامات الحيوية
- نتائج العلامات الغير طبيعية بناء على شكوى المريض والتخصص
- نتائج العلامات الطبيعية للفحص السريري بناء على احتياجات المريض والتخصص .
- النتائج الطبيعية الغير متوقعة في أجهزة جسم الإنسان المختلفة يجب أن تسجل باختصار .

عند عودة المريض يجب أن يشمل الفحص السريري على الآتي

- نتائج العلامات الغير طبيعية بناء على شكوى المريض والتخصص
- نتائج العلامات الطبيعية للفحص السريري بناء على احتياجات المريض والتخصص .

12. سجل الطوارئ .

- الفحص السرير الشامل في غرفة الطوارئ يجب أن يشمل على الأتي
- نتائج العلامات الغير طبيعية بناء على شكوى المريض
  - نتائج العلامات الطبيعية للفحص السريري بناء على شكوى المريض

13. سجل جراحات العيادات الخارجية { DAY CASE }

- سجل جراحات العيادات الخارجية { DAY CASE } يجب أن يشتمل على الأتي :-
- العلامات الحيوية
  - نتائج العلامات الغير الطبيعية في أجهزة الجسم المختلفة
  - نتائج العلامات الطبيعية في الفحص السريري بناء على شكوى المريض والتخصص .

14. المراجع:

السياسة الداخلية للمستشفى

<b>استقبال المريض .</b>
<p>1. الأهداف :-</p> <p>1-1 تأسيس معايير وإجراءات لقبول المرضى بشكل يتناسق مع رسالة وموارد المستشفى .</p> <p>2-1 تحديد الأشخاص المسؤولين عن إدخال وتسجيل المرضى .</p>
<p>2. السياسة :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم تسجيل كافة المرضى في قسم الاستقبال ما عدا مرضى الطوارئ .</li> <li>• يحصل المريض على كافة احتياجاته الصحية من خلال عملية الفحص التي تجرى في عيادة الأسرة من قبل الطبيب .</li> <li>• بعد نتائج الفحص من قبل الطبيب في عيادة الأسرة يقرر الطبيب معالجة المريض أو تحويله الى العيادة الاستشارية حسب السياسة</li> <li>• يجب الإبلاغ عند أي تأخير في رعاية المريض وما هي أسباب التأخير</li> <li>• يجب على قسم العيادات الخارجية تحديد وتنظيم عدد حالات المرضى الذين سيتم استقبالهم في العيادة وفقاً لموارد وأجهزة العيادة .</li> <li>• المرضى الذين لديهم مواعيد مسبقة يتم إعادة تسجيلهم في قسم الاستقبال</li> <li>• توثيق المعلومات اليومية في ملف المريض وينبغي عمل تقرير يومي وإرساله الى لجنة استمرارية وسهولة الخدمة</li> </ul>
<p>3. نطاق السياسة</p> <p>تطبق هذه السياسة في القسم المعني</p>
<p>4. المسؤوليات :- مكتب الاستقبال - عيادة الأسرة - العيادات الخارجية - الموظفين الطبيين .</p>
<p>5. التعريفات</p> <p>التسجيل: هي العمليات والأنشطة التي تضمن للمرضى الحصول على خدمات الرعاية في العيادات الخارجية</p>
<p>6. الإجراءات</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ يكتب المريض المعلومات في قائمة معلومات المرضى وتقديمها الى قسم الاستقبال</li> <li>▪ يقوم موظف الاستقبال بمراجعة المعلومات ثم يدخلها ويحفظها في الكمبيوتر</li> <li>▪ خلال حفظ معلومات المريض يتم تزويد المريض بكرت يشمل اسم المريض ورقمه .</li> <li>▪ الكرت أو البطاقة تسهل للمريض الاستفادة من خدمات المستشفى .</li> </ul>
<p>7. النماذج المطلوبة:- نموذج قائمة المعلومات</p>
<p>8. المراجع: السياسة الداخلية للمستشفيات .</p>

## دخول المريض الى المستشفى .

1. الأهداف :-

1-1 تقديم الرعاية الصحية للمرضى وفقاً لاحتياجاتهم والتي لا يحصلون عليها في البيت أو العيادات الخارجية

2-1 تحديد الفريق الطبي المسئول عن رعاية المرضى

2. السياسة :-

### الدخول العادي :-

- يتم ترقيده المرضى عبر مكتب الدخول والخروج وفقاً لسياسات الرعاية الصحية .
- الأطباء فقط يحددون حالات الدخول في قائمة الدخول وتسجل في الكمبيوتر وتستخدم كدليل للدخول أو القبول
- يجب على مكتب الدخول والخروج وقسم السجلات الطبية تحديث وحفظ قائمة الدخول التي تحدد من له الأولوية في الدخول . وتشيك قائمة الدخول قبل ترقيده أي مريض .
- ينبغي أن يكون لكل مريض سجل طبي ورقم { وحيد غير مكرر }
- يجب أن ترقد حالات الامراض المعدية في غرف عزل
- الحالات الباردة المحتاجة للدخول يجب ان تكون مصادق عليها من قبل المؤسسة .
- يجب تسجيل التشخيص الأولي لحالات الدخول في أوامر الدخول للأطباء ومن قبل الطبيب المشرف .
- الاطباء يرتبون دخول المرضى ومسئولون عن إعطاء كافة المعلومات وإعلام مكتب الدخول في الحالات الضرورية والتي تحتاج الى عناية صحية أو رفاهيه بناء على سياسة الإبلاغ في المستشفى ولجنة مكافحة العدوي فيما يتعلق بحالات العزل والمرضى المشتبه بأن لديهم أمراض معدية .
- يحدد دخول المرضى حسب الحالة الطارئة المحتاجة للرعاية فوراً
- يسجل الطبيب المشرف على حالة المريض في السجل ويتحمل كافة المسؤوليات الطبية أو الأخلاقية أو الاجتماعية عند تقديم الرعاية الطبية للمريض
- تعد خطة الخروج الأولي من خلال خطة الخروج وخطة التقييم .

### المرضى الحولين من – إلى :-

- يجب إحضار كل سجلات المريض : قائمة الدخول + الفحوصات + الأشعة ..... الخ من المستشفى المحول
- يجب أن يكون ملخص الخروج مفصل وواضح مسجل عليه كافة العلاجات التي أخذها المريض
- يجب تسجيل المؤسسة المحولة والقسم والطبيب المحول في رسالة التحويل ويكون التسجيل واضحاً ومفصلاً
- يجب الحصول على موافقة قبل تحويل المريض وذلك من خلال التواصل المباشر بين الطبيب المحول والطبيب المستلم

### مرضى الطوارئ :-

- يجب إدخال مرضى الطوارئ الى قسم الطوارئ لتلقي العلاج والإجراءات الطبية الطارئة وبعد الطوارئ تحدد حالة المريض
- سوف يتم ربط شريط على راس المريض للتعرف عليه اذا بقي تحت الملاحظة في الطوارئ لمدة ساعتين

- يجب على مرافق المريض ، أو ممرض الطوارئ المستلم للمريض ، أو المريض اذا كان منفرد .... الامتثال لإجراءات وشروط مكتب الدخول وتشمل على الأتي :-
- سجل المريض - نتائج الفحوصات - العلاجات - سواء من العيادات الخارجية أو الطوارئ .
- الحالات الخطرة والغير قادرة على المشي يجب أن تنقل بواسطة .... عربة نقل .

### 3. التعريفات

الدخول العادي : هو دخول المريض الى المستشفى حسب احتياجات المريض للتقييم والرعاية بعد موافقة الطبيب وحسب فرصة الدخول

الدخول السريع :- هو دخول المريض الى المستشفى فوراً لتجنب المريض من خطر يهدد حياته أو ضرر في أجهزة الجسم .

الدخول الطارئ :- هو إدخال المريض الى المستشفى لتجنبه الدخول في مضاعفات خطيرة قد تهدد حياته أو تؤدي الى ضرر في أجهزة الجسم .

### 4. النماذج المطلوبة:-

أمر الرقد

### 5. المراجع: السياسة الداخلية للمستشفيات .

## التوقيع على التفويض .

### 1. السياسة :-

تقتضي سياسات المستشفيات بقبول التوقيع على التفويض الطبي عن المرضى غير القادرين على إعطاء التفويض من قبل الأشخاص التالية استناد الى صلاحيات القانون المدني المعمول به في الجمهورية اليمنية وسياسة الخدمات الطبية بالجمهورية اليمنية:

1- الوالد

2- وصي الوالد

3- الجد الصحيح(من جهة الأب)

4- وصي الجد

5- المحكمة

6- الوصي الذي نصبته المحكمة

7- الوالدة

### 2. الأهداف :-

ضمان الحصول على موافقة خطيه لعمل الإجراءات الطبية والجراحية في الحالات التي لا يستطيع المريض فيها إعطاء التفويض الطبي.

### 3. التعريفات

الأشخاص الغير قادرين على:-

✓ الأشخاص دون السن القانوني(18 عام)

✓ المرضى الذين هم في غيبوبة أو على جهاز التنفس الاصطناعي

✓ المرضى الذين يعانون من ذهان عقلي

### 4. النماذج المطلوبة:-

نموذج التفويض الطبي حسب الإجراء اللازم

5. المراجع: السياسة الداخلية للمستشفيات .

# معايير السجلات الطبية

معايير السجلات الطبية	
المعيار	ت
يحتفظ المستشفى بسجل طبي لكل مريض تم تقييمه أو معالجته	1
<p>يحتوي كل سجل طبي على معلومات كافية للقيام بما يلي :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التعريف بالمريض . بما في ذلك أسمه وعنوانه وتاريخ ميلاده .</li> <li>• استمرار الرعاية الطبية</li> <li>• تأكيد التشخيص</li> <li>• تبرير الخطة العلاجية { بيان الأسس التي بنيت عليها الخطة }</li> <li>• توثيق تنفيذ خطة العلاج ونتائج المعالجة ومدى تحسن المريض .</li> </ul>	2
<p>لدى المستشفى تعليمات مكتوبة توضح الحد الأدنى من المعلومات التي يجب أن يحتوى عليها السرية المرضية الشاملة والفحص السريري والتي تختلف بناء على احتياجات المريض ونوع الاختصاص ويجب أن تشمل ما يلي :-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- حالات إدخال المرضى الراشدين والأطفال بما فيهم العمليات الجراحية</li> <li>- جراحات الحالات اليومية</li> <li>- مرضى الطوارئ</li> <li>- الإدخال الى قسم الأمراض النفسية</li> <li>- الإدخال الى قسم التوليد</li> <li>- المرضى المقيمين لفترة قصيرة 0 أقل من 48 ساعة</li> <li>- الزيارات الى العيادات الخارجية</li> </ul>	3
<p>العمل على توثيق كافة الفحوصات التشخيصية في السجل الطبي للمريض واستلام النتائج ضمن الفترة الزمنية التي يحددها القسم المسئول .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يتم تحديد الفترات الزمنية لنتائج الفحوص الروتينية والطارئة .</li> </ul>	4
<p>يتم تسجيل وتحديث كافة التشخيصات بناء على نتائج الفحوصات وإعادة تقييم المريض .</p>	5
<p>يتم تسجيل كافة الطرق العلاجية بما فيها الأدوية الموصوفة عند إعطائها للمريض ويتم التوقيع من قبل الشخص الذي يعطى العلاج.</p>	6
<p>يحتوى السجل الطبي على وثيقة تبين أن الأطباء أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين قد قاموا بتفسير وشرح التشخيص وطرق العلاج وخطوات المتابعة للمرضى .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- وجود دليل موثق يوضح أن الطبيب أو أي شخص آخر من الكادر الطبي قد تأكد من أن المريض قد فهم ما قاموا به من تفسير وذلك من خلال التغذية الراجعة .</li> <li>- وجود دليل موثق يثبت بأنه قد تم تثقيف المريض حول حالته الصحية وحالته العامة</li> </ul>	7

	<p>- هناك دليل يوثق بأنه قد تم تثقيف المريض حول</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفحوص التشخيصية والمعالجات والأدوية المعطاة الى جانب استخدام أي من الأجهزة الطبية</li> <li>• التقليل من المخاطر : عمل حميه ، تمارين رياضية ، التوقف عن التدخين ، ممارسات أخرى تتعلق بصحة المريض</li> <li>• عقد جلسات تعليمية خاصة</li> <li>• التفاعلات الغذائية والدوائية</li> <li>• الغذاء</li> <li>• إعادة التأهيل الجسدي</li> </ul>
8	يتم توثيق كافة الإجراءات التشخيصية والوصفات الدوائية العلاجية من قبل القسم المناسب.
9	يتم تسجيل خطوات العملية الجراحية بشكل مكتوب وواضح مباشرة بعد إجراء العملية الجراحية أو إجراء جراحي
10	يقوم المستشفى بتحديد الأشخاص المخولين بتدوين البيانات في السجل الطبي
11	يمكن التعرف على الشخص المسئول عن تسجيل البيانات في السجل الطبي من خلال الأسم واللقب الطبي 0 مثال طبيب ، ممرض.. علاج طبيعي .. الخ
12	في حالة تحويل المريض الى مستشفى اخر يجب أن يتم إعطاء المريض نسخة من ملخص التحويل الذي كتبه الطبيب المسئول عن التحويل ويتم الاحتفاظ بالنسخة الأصلية في الملف الطبي
	• يجب أن يوضح للمريض سبب تحويله الى مستشفى اخر
13	لدى المستشفى نظام خاص للقيام بمراجعة السجلات الطبية ويتضمن الآتي
	- أشراك ممثلي الأقسام عن إدخال البيانات للسجل الطبي
	- مراجعة مدى اكتمال ووضوح البيانات المدخلة
	- مراجعة عينه ممثله من السجلات الطبية
14	يدير قسم السجلات الطبية موظف مختص في السجلات الطبية ولديه خبرة كافية في هذا الموضوع
15	فهرس المريض : ❖ يتم تخصيص رقم ثابت للسجل الطبي للمريض الذي يراجع المستشفى لأول مرة ولا يتم تغييره في المرات القادمة ❖ يحتفظ المستشفى بفهرس المرضى الذين تم منحهم أرقاماً جديدة .
16	يوجد مكان رئيسي وثانوي لحفظ السجلات الطبية :- • لا يستغرق وقت استخراج السجل الطبي أكثر من 15 دقيقة • يوجد نظام مراقبة حركة السجل الطبي • يمكن الوصول الى السجل الطبي في كل الأوقات • يتم إرسال سجل المريض كامل الى القسم المعني عند إدخاله للمستشفى .
17	ترتيب محتويات السجل الطبي داخل السجل الطبي حسب النظام المعتمد في المستشفى

<ul style="list-style-type: none"> <li>• تدوين المعلومات التي تعرف بالمريض على كل نموذج داخل السجل الطبي أما طباعة أو بواسطة أختام أو ملصقات حاسوبية</li> <li>• تدوين المعلومات التي تعرف بالمريض في مكان موحد لكافة النماذج ويفضل أن يكون في جهة اليمين العلوية من النموذج .</li> </ul>	
<p>تراعى الشروط التالية عند تدوين المعلومات في السجل الطبي .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• جميع المعلومات واضحة ومقروءة</li> <li>• موقعة</li> <li>• مؤرخة</li> <li>• بيان وقت التدوين</li> <li>• تسلسل منطقي ومتتابع</li> <li>• محتويات النماذج كاملة</li> <li>• توجد سياسة تحدد اللغة المرغوبة الأكثر تداول من قبل المستشفى</li> <li>• تحفظ نتائج الفحوصات حسب التسلسل التاريخي</li> <li>• يحتوي السجل الطبي على نماذج التفويض المعتمدة موقعه من قبل المريض والطبيب .</li> </ul>	18
<p>توجد سياسات وإجراءات مكتوبة تنظم العمل في قسم السجلات الطبية وتراجع بشكل دوري وتغطي على الأقل ما يلي</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> المحافظة على أمن وسلامة المعلومات في السجل الطبي</li> <li><input type="checkbox"/> تحديد الأشخاص المخولين بالاطلاع على السجل الطبي</li> <li><input type="checkbox"/> المحافظة على سرية وخصوصية المعلومات</li> <li><input type="checkbox"/> مدة الاحتفاظ بالسجلات الطبية قبل أتلافها</li> <li><input type="checkbox"/> طريقة ترتيب النماذج الطبية داخل الملف الطبي</li> <li><input type="checkbox"/> مراجعة الملف الطبي بعد الخروج</li> <li><input type="checkbox"/> نظام استكمال السجلات الناقصة</li> <li><input type="checkbox"/> نظام حفظ السجلات الطبية</li> <li><input type="checkbox"/> تصميم وإدارة النماذج الطبية</li> <li><input type="checkbox"/> السجلات الطبية المفقودة</li> <li><input type="checkbox"/> فهرس المريض الشامل</li> </ul>	19
<p>يوجد لدى قسم السجلات خطة لتحسين الجودة تتماشى مع الخطة العامة للمستشفى</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يجب أن تحتوي هذه الخطة على مؤشرات ومعايير يمكن قياسها وقابله للتطبيق</li> <li>• يوجد دليل موثق بأنه يتم مراجعة ومراقبة تطبيق هذه الخطة</li> </ul>	20
<p>يتم تسجيل السيرة المرضية والفحص السريري في سجل المريض خلال <b>24</b> ساعة من الدخول أو قبل ذلك اذا تطلبت حالة المريض</p>	21
<p>يتم تسجيل السيرة المرضية والفحص السريري في السجل الطبي الخاص بالمريض قبل القيام بأي عملية جراحية أو</p>	22

	إجراء جراحي	
23	في حالة عدم إكمال وإتمام تسجيل التاريخ المرضي والفحص السريري قبل عملية الإدخال الى المستشفى يمكن استخدام نسخة واضحة ومقرؤة من الفحص السريري على أن لا يزيد تاريخها عن 30 يوماً وأن يقوم الطبيب بإدخال الملاحظات في السجل والتغيرات اللاحقة بناء على إعادة التقييم للمريض .	
24	<p>يجب أن يشمل الفحص السريري على الأقل على الآتي</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الشكوى الرئيسية</li> <li>• تفاصيل الحالة المرضية الحالية</li> <li>• التاريخ المرضي السابق متضمناً ما يلي :- <ul style="list-style-type: none"> <li>- الإدخالات والعمليات السابقة أن وجدت</li> <li>- الحساسية</li> <li>- الآثار الجانبية لاستعمال الأدوية أن وجدت</li> <li>- الأدوية التي أخذها المريض أن وجدت</li> </ul> </li> <li>• التاريخ النفسي للمريض متضمن الحالة العاطفية والسلوكية والاجتماعية</li> <li>• أما بخصوص مرضى الأطفال يجب أن يحتوي على المعلومات المقدمة من قبل والد المريض عن إعطاء المريض التحصينات المطلوبة وكذلك يتضمن رسم بياني يوضح النمو والتطور .</li> <li>• يجب القيام بفحص سريري شامل للطفل متضمناً العلامات الحيوية والنتائج الايجابية</li> <li>• يتم كتابة ملخص عن الاستنتاجات والانطباعات المستخلصة من السيرة المرضية والفحص السريري .</li> <li>• الخطة المبدئية لمعالجة الحالة المرضية بما فيها إجراء الفحوص والعلاجات</li> </ul>	
25	<p>يتم تسجيل ملاحظات التقدم بشكل متكرر من قبل الكادر الطبي اعتماد على درجة خطورة المريض وسياسة المستشفى وحالة المريض</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• في الحالات المرضية الحادة يقوم الطبيب بتسجيل الملاحظات المتعلقة بالتطورات على حالة المريض الصحية مرة في اليوم على الأقل .</li> </ul>	
26	يتم توثيق النظام الغذائي المناسب للحالة المرضية في سجل المريض	
27	يتم إكمال السجلات الطبية للمرضى الذين يخرجون من المستشفى خلال 7 أيام من تاريخ الخروج	
28	<p>يجب أن تكون نسخة من ملخص الخروج مع المريض ويتضمن الآتي</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• سبب الدخول الى المستشفى</li> <li>• النتائج الهامة للفحوصات التشخيصية</li> <li>• الإجراءات التي تم تنفيذها</li> <li>• التشخيص التي تم التوصل اليه</li> <li>• الأدوية والمعالجات الأخرى أن وجدت</li> <li>• الحالة الصحية للمريض عند الخروج</li> </ul>	

	• الأدوية الموصوفة عند الخروج ومعلومات المتابعة للمريض	
29	هناك سياسة متبعة في المستشفى تحدد وتوضح أين يجب كتابة أو تدوين جميع الأوامر الطبية من ضمنها الأدوية في السجلات الطبية الخاصة بالمرضى	
30	يتم توقيع النماذج التالية على الأقل من قبل الطبيب الاختصاصي المشرف <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفحص السريري</li> <li>• تقرير العلمية الجراحية</li> <li>• الاستشارة</li> <li>• ملخص الخروج</li> </ul>	
31	يحدد المستشفى الحد الأدنى من المعلومات التي يجب أن يحتوي عليها السجل الطبي لإجراء التقييم الشامل للحالة الصحية للمريض عند المراجعة للمرة الأولى في العيادات الخارجية	
32	يحدد المستشفى الحد الأدنى من المعلومات التي يجب أن يحتوي عليها السجل الطبي للمرضى الذين تقدم لهم إجراءات ومدخلات جراحية في العيادات الخارجية والطوارئ .	
33	يحدد المستشفى الحد الأدنى من المعلومات التي يجب أن يحتوي عليها السجل الطبي بمرضى العيادات الخارجية والطوارئ المتعلقة بالإصابات	
34	يحدد المستشفى الحد الأدنى من محتوى السجلات الطبية الخاص بمرضى العيادات الخارجية المراجعين للمرة القادمة ** العودة *	

## نموذج تدقيق الجودة في إدارة الإحصاء

لا	نعم	نقاط التفتيش	التسلسل
		عام	
		1. نظافة السجل بشكل عام	
		2. ترتيب الملفات داخل الخزانة	
		3. الأختام داخل السجل : أ. ختم السجل الرئيسي ب. ختم سجل المرضى ج. ختم الطوارئ	
		4. توفر عمال الإدارة الذاتية ومدى التزامهم بالتعليمات	
		5. وضعية الأثاث المتواجد في القسم	
		6. دورات المياه صلاحيتها ونظافتها وتوفرها	
		7. الصيانة العامة للقسم	
		القوى البشرية	
		8. كشف بأسماء العاملين وعناوينهم	
		9. تواجد كوادر فنية مؤهلة	
		10. توزيع العاملين داخل القسم	
		11. الوصف الوظيفي لجميع العاملين بالقسم	
		12. التقيد بتعليمات اللباس والمظهر العام + الباج	
		العهد	
		13. إدامة ليدجرات العهد ومطابقتها	
		14. المقابلة على القيوم كل ستة أشهر	
		السجل الطبي	
		15. تلوين الملفات	
		16. ترتيب الملفات حسب الترقيم	
		17. الترميز الطبي	
		18. فصل ملفات الوفيات داخل خزانة خاصة	
		19. وجود سجل خاص بالتحويل المرضى	
		20. إدامة سجل الصادر والوارد	
		21. مدير القلم صنفته كاتب	
		22. وجود آلية لخروج وإرجاع الأضابير	
		23. وجود موافقات أمنية للعاملين على أجهزة الحاسوب	
		24. الوفيات أ. فصل ملفات الوفيات العسكريين عن المدنيين في خزانة خاصة ب. وجود نموذج حالة تبليغ الوفاة ج. وجود نموذج تبليغ واقعة وفاة	

		التقارير الطبية : - طلب رسمي من الجهة المراد كتابة التقرير لها - عرض الملفات المرضية على الطبيب الأخصائي ج. ختم التقرير الطبي من السجل الرئيسي مع الاحتفاظ بنسخة عن التقرير د. الفترة الزمنية بين طلب التقرير وتجهيزه	25.
		الإحصاء الطبي : أ. أعداد المراجعين في الأقسام ب. اعداد الوفيات ومعدلها في الأقسام ج. رفع تقارير شهرية بالكشوفات أعلاه الى مديرية الخدمات الطبية	26.
		7. ثلاجة الموتى : أ. نظافتها وترتيبها ب. مبردة بشكل جيد ج. يوجد لها قفل وباب د. يحتفظ بسجل خاص بوجود الثلاجة	27.
توفر السلامة العامة			
		معايير السلامة العامة (أسلاك كهربائية ، اباريز )	28.
		معايير السلامة العامة كاشف الحريق	29.
		معايير السلامة العامة طفايات الحريق	30.
		معايير السلامة العامة تعليمات الحريق	31.
		توفر لوحات مضاءة تبين مخارج الطوارئ	32.
		توفر ماتور كهرباء احتياطي عند انقطاع الكهرباء/ادامة سجل التفقد للماتور	33.