

واحد مدارک پزشکی

مدیریت و سازماندهی

(۱) برنامه استراتژیک

۱-۴) نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.

۱-۴) در واحد مدارک پزشکی، نسخه ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.

۱-۴) تمام کارکنان واحد مدارک پزشکی، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

(۲) مسئول واحد

۲-۱) مسئول واحد مدارک پزشکی به ترتیب ارجحیت واجد شرایط ذیل است:

۲-۱-۱) مدرک تحصیلی

۲-۱-۲) سابقه کار

۲-۱-۳) دوره های مدیریت عمومی

دوره های بهبود کیفیت (۴-۱-۲)

دوره های بهبود عملکرد (۵-۱-۲)

دوره های فناوری اطلاعات (۶-۱-۲)

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۳) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)

۳ + ۱) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد مدارک پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:

۳ + ۱) نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی

۳ + ۴) شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد

۳ + ۳) چک لیست های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد

۳ + ۴) کپی آخرین مدرک تحصیلی

۳ + ۵) کپی مدارک دوره های آموزشی طی شده

۳ + ۶) مستندات مربوط به آزمونهای اولیه و دوره ای توانمندی کارکنان به منظور

انجام مسئولیت های محوله

۳ + ۴) مستندات مربوط به آزمون های دوره ای ارزیابی حرفه ای و غیر حرفه ای کارکنان

۳ + ۸) مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۴) لیست کارکنان

۴ + ۸) در واحد مدارک پزشکی، لیستی از تمامی کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه روز در دسترس است.

۴ + ۸) نام و نام خانوادگی

۴ + ۴) تلفن تماس و آدرس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).

۴ + ۳) سمت سازمانی

۴ + ۴) یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه واحد مدارک پزشکی وجود دارد.

۴ + ۳) مستندات نشان می دهند که تعداد و چیش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.

۴ + ۴) برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت کاری شبانه روزی

می باشد، برنامه ریزی انجام شده است

۵) دوره توجیهی بدو ورود

۵ + ۸) در بخش مدارک پزشکی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشنا سازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی ها و

نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حد اقل شامل موارد ذیل است:

۵ + ۴) معرفی کلی بیمارستان (ازجمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش نشانی، مدیریت خطر، ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی ها، تا تخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

۵ + ۴) معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل ها، آیین نامه ها و بخش نامه های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت ها و شرح وظایف هر فرد

۵ + ۳) زیر مجموعه ای که اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد را دربرمی گیرد.

۶) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

۶-۱) مستندات نشان می دهند که آزمون اولیه/دوره ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش ها و مسئولیت های آنان، انجام می شود.

۶-۲) مستندات نشان می دهند که آزمونهای توانمندی دوره ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان برگزار می شوند.

۶-۳) مستندات نشان می دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی های شناسایی شده در آزمون توانمندی دوره ای کارکنان انجام می گیرد.

۶-۴) مستندات نشان می دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره ای کارکنان مورد بررسی قرار می گیرند.

۷-۱) واحد مدارک پزشکی، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه^۱ استراتژیک و برنامه^۲ بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته^۳ بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می نماید.

۷-۲) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان این واحد، دوره های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۷-۳) مستنداتی که نشان می دهند کلیه^۴ کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش های لازم در زمینه^۵ اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می نمایند موجود است.

۷-۴) مستنداتی که نشان می دهند کلیه کارکنان این واحد در زمینه^۶ نقش خود در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می بینند موجود است.

۷-۵) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه^۷ ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی خود به طور مستمر آموزش می بینند موجود است.

۷-۶) مستنداتی که نشان می دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه^۸ ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می بینند موجود است.

۷-۷) تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش نشانی انجام می دهند.

۸) کتابچه/مجموعه^۹ ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۸-۱) کتابچه/مجموعه^{۱۰} ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

۸ + ۶) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۸ + ۴) اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی

۸-۲) اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه^۱ این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده^۲ واحد، از طریق بروشور(جزوه آموزشی^۳) انجام می شود.

۹) خط مشی ها و روش ها

۹ + ۶) یک کتابچه/ مجموعه^۴ خط مشی ها و روش ها در واحد مدارک پزشکی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و عملیاتی این واحد را توصیف می نماید:

۹ + ۶) خط مشی ها و روش ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.

۹ + ۴) خط مشی ها و روش ها به طور منظم بازنگری می شوند.

۹ + ۳) خط مشی ها به روشنی مشخص هستند.

۹ + ۴) روشها به روشنی مشخص هستند.

۹ + ۵) کتابچه /مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.

۹ + ۶) کتابچه /مجموعه دارای نمایه^۵ مشخص است.

۹ + ۴) خط مشی ها و روش های واحد مدارک پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل است:

- ۹ ۴ ۱) محافظت و امنیت، سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات
- ۹ ۴ ۲) شرایط و معیارهای دسترسی به مدارک پزشکی
- ۹ ۴ ۳) حفظ حریم خصوصی و اسرار بیماران
- ۹ ۴ ۴) بایگانی پرونده ها و امحای آنها پس از یک دوره^۱ زمانی تعیین شده
- ۹ ۴ ۵) فواصل و دفعات تهیه^۲ نسخه پشتیبان از داده ها
- ۹ ۴ ۶) مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده^۳ بیمار(مثلاً تفکیک از طریق رنگ برگه ها)
- ۹ ۴ ۷) انواع دستورات تلفنی یا شفاهی که باید تأیید شود و چارچوب زمانی تأیید آنها
- ۹ ۴ ۸) تعیین صلاحیت فردی که در پرونده^۴ پزشکی بیمار نوشته ای ثبت می نماید
- ۹ ۴ ۹) ارسال پرونده در زمان انتقال بیمار به واحد یا بیمارستان دیگر
- ۹ ۴ ۱۰) برگه^۵ دستورات پزشک
- ۹ ۴ ۱۱) چک لیست ممیزی کلیه^۶ اوراق پرونده در زمان ترخیص
- ۹ ۴ ۱۲) کنترل و رفع نقص در چارچوب زمانی مشخص شده توسط کمیته^۷ مدارک پزشکی بیمارستان
- ۹ ۴ ۱۳) فایل ها و پرونده های پزشکی ناقص
- ۹ ۴ ۱۴) ختم پرونده^۸ پزشکی ناقص
- ۹ ۴ ۱۵) مدیریت و طراحی سایر فرم های بیمارستانی مورد نیاز(علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده) طبق مصوبات کمیته^۹ مدارک پزشکی بیمارستان

۹ ۴ ۱۶) پیگیری و احیای اطلاعات پرونده های مفقود شده و آسیب دیده

۹ ۴ ۱۷) فهرست اصلی بیماران

۹ ۴ ۱۸) سیستم بایگانی متناسب با نیاز واحد مدارک پزشکی (از جمله حجم بایگانی، تعداد پذیرش، ترخیص و درخواست پرونده)

۹ ۴ ۱۹) پذیرش مجدد بیمار با استفاده از پرونده قبلی

۹ ۴ ۲۰) کنترل خروج پرونده از واحد مدارک پزشکی

۹ ۴ ۲۶) شناسائی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه های در معرض خطر)

۱۰) تشکیل پرونده

۱۰ ۶) بیمارستان برای هر بیمار ارزیابی یا درمان شده (اورژانسی، سرپایی، بستری) یک پرونده مخصوص به خود تشکیل می دهد.

۱۰-۲) هر بیمار یک شماره پرونده ی اختصاصی دارد.

10 3) شماره پرونده و نام و نام خانوادگی هر بیمار در فهرست اصلی بیماران موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.

10 4) واحد پذیرش بیمارستان، قسمت مربوطه را به طور کامل پر می کند.

10 5) از داده های موجود در رایانه، در فواصل زمانی منظم نسخه های پشتیبان تهیه می شود.

۱۱) مشخصات پرونده بیمار

۱۱ +) پرونده پزشکی در یک پوشه مناسب و ایمن نگهداری می شود.

۱۱ ۴) محتوای همه پرونده های پزشکی به روشی از پیش تعیین شده، ذخیره می گردد.

۱۱ ۳) مشخصات بیمار بر روی تمامی برگه های پرونده
پزشکی در محلی مشابه (ترجیحاً در گوشه بالا و سمت راست هر صفحه)، ثبت شده است.

۱۱ ۴) مشخصات بیمار به شکل تایپ شده، مهر شده یا بر روی یک بر چسب کامپیوتری در تمام صفحات پرونده پزشکی درج شده است.

۱۲) برگ شرح حال

۱۲-۱) فرم شرح حال بیمار در پرونده وی موجود است و حداقل موارد ذیل در آن ثبت شده اند:

۱۲ + ۱) مشخصات دموگرافیک (جمعیت شناختی) بیمار

۱۲ + ۲) جزئیات بیماری و شکایت فعلی

۱۲ + ۳) تاریخچه شکایت فعلی

۱۲ + ۴) تاریخچه ای از وضعیت سلامت و بیماری در گذشته

۱۲ + ۵) سوابق مربوط به پرونده یا پذیرش قبلی در این بیمارستان و سوابق جراحی

۱۲ + ۶) وضعیت حساسیت بیمار

۱۲ + ۷) داروهایی که مصرف می کند

۱۲ + ۸) حساسیت و ناسازگاری دارویی

۱۲ + ۹) نتایج معاینات بالینی

۱۲ + ۱۰) تشخیص های افتراقی

۱۲-۱-۱۱) برنامه درمانی

۱۲ + ۱۴) تاریخچه روانی - اجتماعی بیمار شامل واکنش های احساسی هیجانی، رفتاری و وضعیت اجتماعی

۱۲ + ۱۳) تاریخچه فامیلی

۱۲-۲) حداقل های قابل قبول برای نوشتن شرح حال و معاینه فیزیکی، برای کلیه کارکنان پزشکی و پیراپزشکی، تعیین گردیده که می تواند بنا به نیاز های بیمار و وضعیت وی، متفاوت باشد، اما در موارد ذیل تعیین حداقل ها الزامی است:

۱۲ + ۴) بستری جهت انجام عمل جراحی

۱۲ + ۴) جراحی های سرپایی و سایر اقدامات تهاجمی که نیاز به بستری شدن ندارند

۱۲ + ۴) گزارش ارزیابی های قبل و پس از عمل جراحی

۱۲ + ۴) بیماران بخش اورژانس

پذیرش روانپزشکی (۵ ۴ ۱۲)

پذیرش مامایی (۶ ۴ ۱۲)

پذیرش چشم پزشکی (۴ ۴ ۱۲)

فرم تریاژ (۳ ۱۲)

بستری کوتاه مدت (کمتر از ۲۴ ساعت) (۴ ۱۲)

ویزیت بیماران سرپایی (درمانگاه ها) (۵ ۱۲)

(۷ ۵ ۱۲) پرونده های سرپایی از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده های بستری انطباق دارند.

(۴ ۵ ۱۲) پرونده های سرپایی از نظر درج مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار،

شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش ها و نتایج تصویر برداری ثبت نتیجه نهایی تکمیل می باشد.

گزارش های سیر بیماری (۶ ۱۲)

(۱۳) اصول مستند سازی پرونده بیمار

(۶ ۱۳) در ثبت گزارش ها در پرونده بیماران، موارد ذیل رعایت می گردد:

(۶ ۱۳) تمام مستندات خوانا می باشند.

(۴ ۶ ۱۳) تمام دستورات شفاهی توسط افراد با صلاحیت (با ذکر نام دریافت کننده و

دستور دهنده) با ذکر تاریخ و ساعت طبق قوانین و مقررات پزشکی ثبت و

تأیید می گردد.

۱۳ + ۳) تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده مهر و امضا دارند.

۱۳ + ۴) تمام گزارش ها تاریخ و ساعت دارند.

۱۳ + ۵) در تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده، نام ونام خانوادگی وسمت ثبت کننده

موجود است.

۱۳ + ۶) ثبت اطلاعات در فرم های شرح حال، شرح عمل و مشاوره بلافاصله انجام می گیرد.

۱۳ + ۷) تمام فرم های پرونده اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود تکمیل شده است.

۱۳ + ۸) یک زبان واحد (به عنوان مثال فارسی یا انگلیسی) جهت ثبت تمامی گزارش های

پزشکی در کل بیمارستان مشخص شده است.

۱۳ + ۹) گزارش های روزانه توسط پزشک معالج، ثبت شده اند.

۱۳ + ۴) حداقل یک گزارش پرستاری در هر شیفت روزانه که توسط کارشناس پرستاری نوشته شده است وجود دارد.

۱۳ + ۴) اطلاعات و نتایج تمامی بررسی ها و مراقبت های کلینیکی و پاراکلینیکی، به ترتیب زمانی در پرونده

پزشکی بیماران درج می گردند.

۱۳ + ۴) گزارش های پیشرفت بیماری، متناسب با وخامت وضعیت بیمار، تنظیم می شوند.

(از جهت فواصل و حجم گزارش ها)

۱۳ + ۵) تمام تشخیص های احتمالی مطرح شده در سیر بیماری، در پرونده بیمار ثبت شده اند.

۱۳ ۶) مستندات ارائه آموزش به بیمار یا همراه وی، در ارتباط با آزمون های تشخیصی،

درمان ها، داروها و استفاده از هر گونه وسیله پزشکی، در پرونده وی ثبت شده و به امضای بیمار یا همراه وی رسیده است.

۱۳ ۷) برگه های رضایت بیمار تکمیل شده اند و حاوی امضای بیمار و پزشک معالج

می باشند.

۱۳ ۸) اطلاعات سربرگ اوراق شامل: نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش،

تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج، می باشند.

۱۳ ۹) اطلاعات پرونده بیمار موارد ذیل را نشان می دهد:

۱۳ ۹ ۱) مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس

فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی

تماس گرفت) ، شغل بیمار و تاریخ تولد

۱۳ ۹ ۲) یکپارچگی و تداوم مراقبت درمانی

۱۳ ۹ ۳) تأیید تشخیص

۱۳ ۹ ۴) اندیکاسیون درمان

۱۳ ۹ ۵) مستندات سیر بیماری و نتایج درمان

تذکر: برخی موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در موارد ثبت الکترونیک اطلاعات،

بررسی نخواهند شد.

۱۴) خلاصه پرونده

۱۴ +) یک برگه خلاصه پرونده موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

۱۴ +) تاریخ پذیرش

۱۴ +) تاریخ ترخیص

۱۴ +) خلاصه ای از شرح حال و معاینات بالینی

۱۴ +) نتایج آزمایش ها و تصاویر رادیولوژی

۱۴ +) نتایج آزمایش ها و تصاویر رادیولوژی که منجر به ترخیص بیمار شده اند

۱۴ +) درمان ها، اقدامات درمانی، اسکوپپی ها و جراحی های انجام شده و نتایج آنها

۱۴ +) خلاصه ای از وضعیت بیمار در طول مدت بستری در بیمارستان

۱۴ +) عوارض احتمالی که بیمار به آنها دچار شده است

۱۴ +) توضیح جابه جایی بیمار در بخش ها

۱۴ +) وضعیت بیمار در زمان ترخیص

۱۴ +) نحوه پیگیری بیمار

۱۴ +) دستورالعمل ها و دارو های بیمار در زمان ترخیص و آموزشها و توضیحات

ارائه شده به وی و همراهان.

۱۴ +) تشخیص اولیه

۱۴ + ۱۴) تشخیص ثانویه

۱۴ + ۱۵) تشخیص نهایی

۱۴ + ۱۶) تشخیص بیمار بر اساس سیستم طبقه بندی بین المللی بیماریها (آخرین ویرایش ICD)

۱۴ + ۱۷) امضای پزشک معالج

۱۴ (۴) تمام موارد فوق حد اکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص، کامل می شوند.

۱۵) بازبینی پرونده

۱۵ (۴) بیمارستان برای بازبینی پرونده^۶ بیمار دارای یک فرآیند مشخص می باشد که موارد ذیل در آن رعایت می شوند:

۱۵-۱-۱) مشارکت نمایندگان همه^۶ تخصص های مختلف که در پرونده^۶ پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده اند.

۱۵-۱-۲) بازبینی از جهت خوانا بودن مندرجات و کامل بودن محتوای پرونده

۱۵-۱-۳) مستندات مربوط به سیر ارزیابی، مراقبت و درمان بیمار و نتایج و گزارش های مربوط به آزمایشات، تصویربرداری ها و... با رعایت توالی زمانی، در پرونده^۶ بیمار ثبت و نگهداری می شوند.

۱۵-۱-۴) بازخورد نتایج حاصل از بازبینی پرونده ها به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده^۶ بیمارستان هستند.

۱۶) بایگانی

بیمارستان برای بازبینی پرونده^۶ بیمار دارای یک فرآیند مشخص می باشد که موارد ذیل در آن رعایت می شوند: (۱۶ +)

۱۶ + ۱) بایگانی مناسب برای نگهداری مدارک پزشکی در کوتاه مدت (فعال) و دراز مدت (راکد)، موجود است.

۱۶ + ۲) محل نگهداری پرونده ها خشک، دارای تهویه و نور مناسب و عاری از جانوران موزی است.

۱۶ + ۳) بازیابی مدارک پزشکی در کمتر از یک ساعت امکان پذیر می باشد.

۱۶ + ۴) سیستم به نحوی طراحی شده است که پرونده یا محتویات داخل آن هر زمان که برداشته یا خارج می شوند، قابل بازیابی هستند.

۱۶ + ۵) مدارک پزشکی در تمام ۲۴ ساعت توسط پرسنل آموزش دیده قابل بازیابی هستند.

۱۶ + ۶) یک کپی از برگه^۶ ترخیص در بایگانی نگهداری می گردد.

۱۶ + ۷) در زمان انتقال بیمار، اصل گزارش در پرونده^۶ بیمار در بیمارستان بایگانی می گردد و رونوشتی از خلاصه گزارش انتقال بوسیله پزشک به همراه بیمار انتقال می یابد.

۱۶ + ۴) از داده های موجود در رایانه، در فواصل زمانی منظم نسخه های پشتیبان تهیه می شود.

۱۶ + ۳) بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی (Color coding) است.

۱۶ (۴) امکانات اعلام آتش سوزی و آتش نشانی، موجود است.

۱۷ (۱) کدگذاری و طبقه بندی بیماریها و اقدامات درمانی

۱۷ (۲) کدگذاری پرونده بر اساس آخرین ویرایش ICD در واحد مدارک پزشکی
(طبق دستورالعمل کشوری) انجام می شود.

۱۷ (۳) کدگذاری کلیه تشخیص ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت ها و علت زمینه ای مرگ)، صورت می پذیرد.

۱۷ (۴) ثبت و گزارش کلیه اطلاعات کد گذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی انجام می شود.

۱۷ (۵) برای انجام تحقیقات، از اطلاعات کد گذاری شده استفاده می شود.

۱۷ (۶) از منابع علمی و کتب مرتبط در واحد مدارک پزشکی استفاده می شود.

بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

۱۸ (۱) بهبود کیفیت

۱۸-۱) بخشی از برنامه ^۱ بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می باشد

در دسترس می باشد.

۱۸-۲) برنامه بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان می باشد.

۱۸-۳) برنامه بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی می باشد.

۱۸-۴) برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، واقع بینانه و دارای زمان بندی باشد.

۱۸-۵) مستندات نشان می دهند که اجرای برنامه های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به طور دائمی پایش می شوند.

۱۹) جمع آوری و تحلیل داده ها

۱۹-۱) داده های واحد مدارک پزشکی جمع آوری و رایانه ای می شوند.

۱۹-۲) علت منطقی جمع آوری هر داده، شرح داده شده است.

۱۹-۳) چک لیست برای ممیزی داخلی واحد وجود دارد.

۱۹-۴) ممیزی داخلی انجام می شود.

برنامه * مداخله ای مناسب بر اساس

۵-۱۹) تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای

آن، مستند شده اند.

۶-۱۹) در خصوص نتایج بررسی ها و تحلیل های صورت گرفته، به مدیران و دست اندرکاران،

اطلاع رسانی می شود.