



## ز - مدیریت اطلاعات

### ز-۱) مدیریت اطلاعات سلامت

ثبت و نگهداری داده‌ها در حیطه پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است هیچ عاملی در ایجاد ارزش افزوده قادر به رقابت با اطلاعات نیست، یکی از نقش‌های حیاتی واحد مدیریت اطلاعات سلامت، بکارگیری مقررات، استانداردهای حرفه‌ای عملی، برای جمع‌آوری، حفظ امنیت، دسترسی آسان به اطلاعات گیرندگان خدمت است هدف اصلی استانداردهای این محور حفظ و طبقه‌بندی مدارک پزشکی و فراهم آوردن امکان دسترسی آسان، صحیح و سیستماتیک به مدارک است.

ز ۱ ۱ بیمارستان از شرایط و معیارهای دسترسی به اطلاعات بیمار، اطمینان حاصل می‌نماید.

#### دستاوردهای استاندارد

- حفظ محرمانگی اطلاعات، اسناد و مدارک موجود در پرونده پزشکی
- محدود نمودن سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران

سنجه . روش اجرایی "شرایط و معیارهای دسترسی درون سازمانی، برون سازمانی به اطلاعات بیماران" با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه □ الزامی □ اساسی  ایده آل

#### گام اجرایی / ملاک ارزیابی

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	سنجه
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی*	۱
مصاحبه	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	۲
مشاهده	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۳
بررسی مستند	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	۴
بررسی مستند	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	۵
بررسی مستند	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	۶
بررسی مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	۷
مصاحبه و مشاهده	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	۸
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	۹

توضیحات \* تا زمان ابلاغ دستورالعمل واگذاری اطلاعات بیمار و پرونده پزشکی معیارهای دسترسی درون سازمانی برون سازمانی براساس سیاست بیمارستان و قوانین موجود صورت می‌گیرد.

هدایت کننده کمیته مدیریت اطلاعات



ز ۱ ۲ بیمارستان از خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- آزاد سازی فضای بایگانی اشغال شده با حذف پرونده هایی که عمر قانونی آن ها به اتمام رسیده است
- کاهش هزینه های دسترسی، نگه داری و بازیابی پرونده‌ها

سنجه . خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره ی زمانی تعیین شده طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	۱	خلاصه برداری ( الکترونیک/ کپی) از پرونده‌های پزشکی بیماراران در زمان مشخص براساس دستورالعمل*
بررسی مستند	۲	امحاء پرونده‌ها در بازه زمانی مشخص براساس دستورالعمل
	توضیحات	
	*پرونده‌ها بر طبق دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۱۰۱/۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ است و خلاصه پرونده‌های امحایی نگهداری می شود. کارکنان مربوطه از نحوه خلاصه برداری پرونده اطلاع دارند. توصیه ۱. دسته بندی و نگهداری پرونده‌های پزشکی براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود و روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد سیستم خلاصه برداری وجود دارد. توصیه ۲. برای پرونده‌های امحا شده صورتجلسه تنظیم شده است.	
	هدایت کننده	
	تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات، مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

ز ۱ ۳ بیمارستان از مدیریت طراحی و بروز رسانی فرم های بیمارستانی مورد نیاز اطمینان حاصل می‌نماید.

دستاورد استاندارد

- یکپارچگی آموزش پزشکی به دانشجویان علوم پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- حذف فرم های بلا استفاده، ادغام فرم ها به منظور به حداقل رساندن تلاش های اضافی و به حداقل رساندن هزینه چاپ
- برآورد کارایی فرم با مشارکت کارکنان مرتبط

سنجه . هرگونه ایجاد فرم جدید با رعایت حداقل های مورد انتظار و براساس "فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی" ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	۱	ایجاد فرم جدید براساس فرآیند طراحی و جاگذاری فرمهای جدید در پرونده‌های پزشکی*
مصاحبه	۲	آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیند اضافه نمودن فرمها و نحوه درخواست اضافه کردن فرم در پرونده
مشاهده	۳	تطابق عملکرد کارکنان مرتبط با فرایند و فلوچارت طراحی و اصلاح فرم های پرونده پزشکی
	توضیحات	
	*فرآیند طراحی و جاگذاری فرم‌های جدید فوق توسط رئیس یا مدیر بیمارستان به کارکنان مرتبط ابلاغ شده است. توصیه . ۱۸ فرم اصلی پرونده پزشکی بدون تغییر در پرونده وجود دارد، سایر فرم ها بجز ۱۸ فرم، براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان در پرونده قرار می‌گیرند.	
	هدایت کننده	
	تیم اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات و مسئول واحد مدیریت اطلاعات	



ز ۱ ۴ تطبیق پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده کنترل می‌شود.

**دستاورد استاندارد**

- کسب اطمینان از صحت آمارهای دریافتی از بخش های مختلف بیمارستان
- پیشگیری از سرقت یا مخدوش و مفقود شدن پرونده‌ها

سنجه . کنترل و مطابقت پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات با فهرست بیماران پذیرش شده انجام می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند و مشاهده	۱ وجود سیستم دستی یا الکترونیک کنترل فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی در واحد مدیریت اطلاعات
بررسی مستند	۲ تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با پرونده‌های ورودی به واحد مدیریت اطلاعات
توضیحات	فهرست بیماران بستری شده بر طبق ایندکس اصلی <sup>۱</sup> در واحد مدیریت اطلاعات وجود دارد. تو صیه . به منظور پیشگیری از تشابه نام بیماران، ثبت نام پدر، کد ملی و تاریخ مراجعه در فهرست بیماران پذیرش شده، پرونده‌ها و سیستم HIS بیمارستان انجام می‌گیرد.
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات

ز ۱ ۵ بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است.

**دستاورد استاندارد**

- کسب اطمینان از ثبت کامل داده‌ها در پرونده پزشکی
- به حداقل رساندن کسورات بیمه ای ناشی از عدم تکمیل پرونده

سنجه ۱ . واحد مدیریت اطلاعات سلامت با مشارکت نمایندگان همه تخصص های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده اند، چک لیست ممیزی تمامی اوراق پرونده‌ی پزشکی را جهت اطمینان از خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق تهیه نموده است.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تهیه چک لیست ممیزی محتوایی بررسی پرونده‌های پزشکی * توسط کمیته مدیریت اطلاعات
بررسی مستند	۲ چک لیست، حداقل شامل ارزیابی خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق است.
مصاحبه	۳ آگاهی کارکنان بالینی از وجود چک لیست ممیزی پرونده های بالینی و اهمیت کاربرد آن
بررسی مستند و مصاحبه	۴ ممیزی پرونده های بالینی با استفاده از چک لیست توسط بخش انجام و رفع نقص می‌شود.
توضیحات	توصیه . نقص احتمالی محتوای چک لیست ممیزی پس از بررسی نظرات نمایندگان تخصص های مختلف برطرف می‌شود
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات درمان بیمارستان و مدیر بیمارستان

سنجه ۲ . پرونده‌های پزشکی قبل از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط منشی بخش و براساس چک لیست ممیزی اوراق پرونده پزشکی مورد بازبینی قرار می‌گیرند و نتایج حاصل از بازبینی پرونده‌های پزشکی به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند بازخورد داده می‌شود.

سطح سنجه  الزامی  اساسی  ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ وجود چک لیست ممیزی اوراق تکمیل شده پرونده پزشکی در بخش ها
بررسی مستند	۲ تکمیل چک لیست اوراق ممیزی پرونده پزشکی در بخش ها
بررسی مستند و مصاحبه	۳ گزارش موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند توسط منشی بخش
توضیحات	توصیه . چک مجدد پس از رفع نقص انجام می‌شود و بازخورد بازبینی فرم‌ها به کارکنان مستندساز اعم از پزشک و پرستار ارائه می‌شود
هدایت کننده	سوپروایزر بالینی، سرپرستار بخش/پرستار مسئول شیفت و منشی بخش

<sup>1</sup> Master Patient Index



سنجه ۳. روش اجرایی "سازماندهی درونی پرونده‌های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار" با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین روش اجرایی*
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
توضیحات	*بنا به سیاست بیمارستان یکی از روش‌های SOMR-POMR-TOMR برای سازماندهی درونی پرونده‌های پزشکی در بخش استفاده می‌گردد.
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت

سنجه ۴. پرونده‌های پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست مجدداً مورد بازبینی قرار می‌گیرند و نتایج به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند، بازخورد داده می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	ارسال چک لیست تکمیل شده‌ی ممیزی پرونده پزشکی توسط بخش به واحد مدیریت اطلاعات سلامت
۲	بازبینی نتایج ممیزی پرونده پزشکی توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت
۳	اطلاع رسانی موارد نقص به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند
۴	رفع نواقص پرونده توسط افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند
توضیحات	توصیه . روشی برای کسب اطمینان از صحت عملکرد بازبینی پرونده‌های در واحد مدیریت اطلاعات سلامت وجود دارد ، بازنگری مجدد پس از رفع نقص پرونده انجام می‌گیرد.
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت



سنجه ۵. واحد مدیریت اطلاعات حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران بررسی کمی و کیفی پرونده‌ها را انجام داده و با مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی اقدام می‌نماید.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تکمیل پرونده‌ها حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص بیماران
بررسی مستند	۲ بررسی کمی* و کیفی** پرونده‌ها توسط واحد مدیریت اطلاعات
بررسی مستند	۳ مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی نسبت به رفع نواقص پرونده‌های پزشکی حداکثر تا ۱۴ روز
توضیحات	<p>*در تحلیل کمی پرونده بیمار برای اطمینان از رعایت ۴ مورد به شرح ذیل بررسی می‌گردد.</p> <p>۱. تعیین کاستی‌های پرونده از لحاظ تعداد گزارشات لازم</p> <p>۲. تعیین عناصر اطلاعاتی نانوشته در فرم‌های پرونده</p> <p>۳. تعیین گزارشات فاقد امضا</p> <p>۴. تعیین گزارشات فاقد تاریخ و زمان</p> <p>❖ این تحلیل توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات انجام می‌شود.</p> <p>**تحلیل کیفی بعد از تحلیل کمی انجام می‌شود. در تحلیل کیفی بررسی پرونده بر اساس دو ویژگی accuracy و adequacy صورت می‌گیرد و برخی از مواردی که مورد بررسی قرار می‌گیرد عبارتند از:</p> <p>۱. وجود پیوستگی و توالی منطقی میان داده‌ها</p> <p>۲. قابل فهم بودن و درک همگان از داده‌ها</p> <p>۳. واريز به موقع داده‌ها.</p> <p>❖ تحلیل کیفی توسط کارکنان بخش مدیریت اطلاعات با همکاری کادر پزشکی انجام می‌شود.</p>
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت

ز ۱ ۶ سیستم بایگانی برای پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپایی با رعایت الزامات وجود دارد.

دستاوردها استاندارد

- نگهداری، بازیابی و امنیت مدارک پزشکی
- دسترسی آسان به مدارک جمع آوری شده

سنجه ۱. بایگانی پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت (فضای بایگانی، تعدادپذیرش و ترخیص و درخواست پرونده پزشکی) وجود دارد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ وجود فضایی برای بایگانی پرونده‌های پزشکی
مشاهده	۲ جای‌گذاری کلیه پرونده‌های پزشکی بستری، اورژانس و سرپایی در بایگانی
توضیحات	توصیه ۱. بایگانی براساس یکی از روشهای استاندارد ترمینال دیجیتال، میدل دیجیتال و یا سریال انجام گرفته است.
توضیحات	توصیه ۲. لیست بیماران بستری با پرونده‌های بایگانی شده مطابقت دارد.
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و فن آوری سلامت

سنجه ۲. شرایط محل نگهداری پرونده‌های پزشکی منطبق با دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت می‌باشد.

سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ مطابقت شرایط محل نگهداری پرونده‌های پزشکی با دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت متبوع*
توضیحات	*رعایت شرایط محل نگهداری براساس دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، کمیته مدیریت اطلاعات، مسئول واحد مدیریت اطلاعات



سنجه ۳. واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده‌های پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمان‌های ذکر شده در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری می‌کند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
مشاهده	نگهداری و بایگانی پرونده‌ها سرپایی، بستری، اورژانس براساس مدت زمان رسیدگی به پرونده‌ها			
مشاهده	وجود فضای بایگانی جاری و راکد*			
توضیحات		*رعایت مدت زمان های ابلاغی وزارت بهداشت طی نامه شماره ۴۰۹/۱۸۱۱ مورخ ۹۵/۱/۲۱ توصیه . در تمام بیمارستان ها حتی بیمارستان های جدید التاسیس محلی برای نگهداری پرونده‌های راکد تعیین شده است، لیست پرونده‌های بایگانی راکد در HIS قابل ردیابی است.		
هدایت کننده		تیم مدیریت اجرایی و مسئول واحد مدیریت اطلاعات بیمارستان		

سنجه ۴. فرآیند بازبایی به گونه‌ای است که در ساعات فعالیت واحد مدیریت اطلاعات، بازبایی پرونده‌های پزشکی توسط پرسنل آموزش دیده در کمتر از ده دقیقه امکان پذیر است.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
بررسی مستند و مشاهده	وجود فرآیند بازبایی پرونده‌های پزشکی در ساعات فعالیت واحد در کمتر از ده دقیقه			
مصاحبه	وجود کارکنان آموزش دیده و مطلع از فرآیند بازبایی پرونده‌ها*			
توضیحات		*انطباق عملکرد کارکنان مربوط با فرایند، بنا به درخواست بخش‌ها و واحد‌ها پرونده‌های پزشکی بیماران ظرف کمتر از ۱۰ دقیقه از زمان درخواست در اختیار واحد درخواست کننده قرار می‌گیرد. توصیه . بخش‌ها و واحدها از روند تحویل پرونده‌ها ظرف مدت مذکور رضایت دارند		
هدایت کننده		مسئول واحد مدیریت اطلاعات		

سنجه ۵. روش اجرایی "محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازبایی اطلاعات" تدوین، کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
بررسی مستند	تدوین روش اجرایی*			
مصاحبه	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی			
مشاهده	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			
بررسی مستند	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی			
بررسی مستند	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی			
بررسی مستند	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی			
بررسی مستند و مصاحبه	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی			
مصاحبه و مشاهده	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط			
مشاهده	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ			
توضیحات		*شرایط و معیارهای حفاظت از پرونده پزشکی در برابر دسترسی های غیر مجاز تدوین شده است.		
هدایت کننده		کمیته مدیریت اطلاعات و مسئول واحد مدیریت اطلاعات		



سنجه ۶. واحد مدیریت اطلاعات در خصوص پرونده‌های مفقود/آسیب دیده، برابر مقررات پیگیری لازم را به عمل آورده و نتایج بدست آمده به اطلاع تیم مدیریت اجرایی رسانده می‌شود.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	وجود فرآیند پیگیری پرونده‌های مفقودی و یا آسیب دیده *	بررسی مستند		
۲	وجود لیست پرونده‌های مفقودی	بررسی مستند		
۳	اطلاع رسانی نتایج پیگیری پرونده‌های مفقود/آسیب دیده به تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه		
توضیحات		* کارکنان مرتبط از فرایند پیگیری پرونده‌های مفقودی و یا آسیب دیده اطلاع دارند و عملکرد آنها منطبق با فرایند است. توصیه . مستندات پیگیری پرونده‌ها و رفع آسیب‌ها وجود دارد		
هدایت کننده		کمیته مدیریت اطلاعات		

سنجه ۷. روش اجرایی "ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت" با استفاده از روش مدون ابلاغی و با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند		
۲	مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی	مصاحبه		
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده		
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند		
۷	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه		
۸	تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مصاحبه و مشاهده		
۹	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده		
هدایت کننده		کمیته مدیریت اطلاعات		

ز ۱ ۲ بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده پزشکی تشکیل می‌دهد.

دستاوردها استاندارد

- ثبت جریان بیماری، درمان و اطمینان از ادامه مراقبت صحیح گیرنده خدمت
- کمک و پشتیبانی از گیرنده خدمت، پزشکان کارکنان مسئول و ارائه دهندگان خدمات در بیمارستان

سنجه ۱. در پرونده‌های بستری، اورژانس و سرپائی، مشخصات بیمار، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش‌ها و تصویربرداری، ثبت نتیجه نهایی و خلاصه پرونده تکمیل شده‌است و یک شماره‌ی پرونده اختصاصی دارد و از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده‌های بستری انطباق دارند.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تکمیل تمام اوراق پرونده برای بیمار بستری، اورژانس و سرپائی*	بررسی مستند		
۲	وجود سیستم شماره گذاری و شماره پرونده اختصاصی	بررسی مستند		
۳	وجود شرایط دسترسی یکسان برای پرونده‌های اورژانس و سرپائی	بررسی مستند		
توضیحات		* بیمار بستری اورژانس دارای پرونده هستند.		
هدایت کننده		مسئول واحد مدیریت اطلاعات		



سنجه ۲. اسامی و مشخصات بیماران از دو روش شماره پرونده پزشکی و نام و نام خانوادگی در فهرست اسامی اصلی که شامل بیماران جدید و قدیم است موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.				
سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱	اندکس اصلی بیماران <sup>۱</sup> برای بیماران قدیم و جدید		
مشاهده	۲	بازیابی پرونده‌ها براساس شماره پرونده بیماران موجود در ایندکس اصلی		
مشاهده	۳	پرونده‌ها براساس نام و نام خانوادگی بیماران موجود در ایندکس اصلی		
هدایت کننده			مسئول واحد مدیریت اطلاعات	

سنجه ۳. اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه تریخیص، و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است.				
سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
بررسی مستند	۱	تکمیل تمامی اطلاعات دموگرافیک <sup>۱</sup> بیماران در فرم پذیرش و خلاصه تریخیص		
بررسی مستند	۲	تکمیل مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم های پرونده		
توضیحات		*اطلاعات دموگرافیک شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، محل تولد، شماره شناسنامه، کد ملی، وضعیت تاهل، آدرس، شماره تلفن در سربرگ فرم های پرونده‌های ارسالی از بخش های بستری. توصیه . به ازاء مشخصات دموگرافیک برای بیمار شماره پرونده وجود دارد.		
هدایت کننده		کمیته مدیریت اطلاعات و سوپروایزر/ سرپرستار یا پرستار مسئول بخش		

## ز ۱ ۸ ثبت داده‌ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل های تعیین شده صورت می گیرد.

### دستاورد استاندارد

- تجمیع، یکسان سازی و بروز رسانی آمار و اطلاعات بیمارستانی

سنجه ۱. ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود.				
سطح سنجه		<input checked="" type="checkbox"/> الزامی	<input type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
مصاحبه و مشاهده	۱	ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود		
هدایت کننده		مسئول واحد مدیریت اطلاعات		

<sup>1</sup> MASTER PATIENT INDEX





سنجه ۲. داده‌های ثبت شده مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با وضعیت موجود بیمارستان مطابقت دارد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	مطابقت داده‌های ثبت شده اطلاعات شناسنامه‌ای در سامانه با پروانه تاسیس و بهره برداری بیمارستان*
۲	مطابقت داده‌های ثبت شده بخش‌های بیمارستانی در سامانه با وضعیت موجود بیمارستان و مستندات دفتر فنی
۳	مطابقت داده‌های ثبت شده فعالیت بخش‌ها/واحدها در سامانه با دفاتر و فرم‌های آماری موجود بیمارستان
توضیحات	*ثبت داده‌ها در سامانه مشاهده شود
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات

سنجه ۳. کنترل ثبت و بروزرسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه‌ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی براساس حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	کنترل ثبت داده‌های مربوط به پرسنل، پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه‌ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات*
۲	کنترل بروزرسانی داده‌ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان
توضیحات	*مسئولیت ثبت اطلاعات پرسنل و پزشکان با امور اداری و کارگزینی بیمارستان و مسئولیت ثبت اطلاعات تجهیزات پزشکی و سرمایه‌ای با اداره تجهیزات پزشکی بیمارستان یا معاونت درمان است. واحد مدیریت اطلاعات مسئولیت نظارت بر ثبت اطلاعات و بروز رسانی آن در این قسمت‌ها می‌باشد.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی، مسئول کارگزینی، مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان و کمیته مدیریت اطلاعات

### ز ۱ ۹ ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی<sup>۱</sup> با رعایت حداقل‌های مورد نظر وزارت بهداشت صورت می‌گیرد

#### دستآورد استاندارد

- مدیریت و کنترل فرایندهای مدیریتی و مراقبتی
- افزایش سرعت و دقت در ارائه خدمات به بیماران
- کاهش زمان پذیرش و ترخیص
- یکپارچه نمودن ثبت داده‌های بیمارستان

سنجه ۱. ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل ارقام اطلاعاتی <sup>۲</sup> قابل دسترسی در سایت گروه آمار و فناوری اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت صورت می‌گیرد و با پرونده کاغذی بیماران مطابقت دارد.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی مطابق مجموعه حداقل ارقام اطلاعاتی*
۲	مطابقت داده‌های ثبت شده با پرونده کاغذی بیماران
توضیحات	*حداقل داده‌های بیماران در سایت دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان <sup>۳</sup> شامل دو گروه عمده داده‌های اداری و داده‌های بالینی می‌باشد. داده‌های اداری شامل داده‌های هویتی، اطلاعات دموگرافیک، داده‌های مربوط به پذیرش بیماران، داده‌های ترخیص، داده‌های مالی و صورت حساب بیمار است. داده‌های بالینی شامل داده‌های تشخیصی، داده‌های مربوط به اقدامات پاراکلینیکی، داده‌های مربوط به اقدامات درمانی است.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات

<sup>1</sup> Hospital information system

<sup>2</sup> Minimum Data Set(MDS)

<sup>3</sup> medcare.behdasht.gov.ir



سنجه ۲. کنترل محتوای داده‌ها و صحت آمارها و گزارش‌های دریافتی از سیستم اطلاعات بیمارستانی به طور منظم انجام می‌شود.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ کنترل محتوای داده‌ها و صحت آمارها و گزارش‌های دریافتی از سیستم اطلاعات*
توضیحات	*آمارها و گزارش‌های دریافتی سیستم اطلاعات بیمارستانی با دفاتر و فرم‌های آماری موجود مطابقت کامل دارد.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات

ز ۱ ۱۰ اطلاعات پرونده‌های پزشکی تکمیل می‌شود.

دستاورد استاندارد

- ثبت تمامی اقدامات بالینی در نتیجه کاهش خطاهای پزشکی

سنجه ۱. فرم‌های پرونده اصل می‌باشد و تمام عناصر اطلاعاتی موجود در فرم‌ها به طور کامل تکمیل شده‌است.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ وجود فرم‌های اصل در پرونده بیمار به غیر از فرم اعزام بیمار
بررسی مستند	۲ تکمیل فرم‌های پرونده بیمار
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات

سنجه ۲. تشخیص‌نهایی توسط پزشک معالج در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص، و خلاصه پرونده به طور دقیق ثبت شده‌است.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ثبت تشخیص‌نهایی در فرم پذیرش، و خلاصه پرونده توسط پزشک معالج
بررسی مستند	۲ مهر و امضاء هر دو فرم توسط پزشک معالج
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات و سرپرستار بخش

سنجه ۳. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی حداقل شامل شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره‌ها در کل بیمارستان استفاده می‌شود.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی به زبان فارسی یا انگلیسی*
بررسی مستند	۲ حداقل عناصر تشخیص‌نهایی، اقدام درمانی و عوارض و پیامدها و علت خارجی بیماری و صدمه، و علت فوت به زبان انگلیسی ثبت شده است
توضیحات	*ثبت گزارش‌های شرح حال، سیر بیماری، شرح عمل و مشاوره‌ها به زبان فارسی یا انگلیسی انجام می‌شود.
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات



سنجه ۴. فرم شرح حال شامل مشخصات دموگرافیک بیمار (جمعیت شناختی)، شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، تشخیص اولیه یا افتراقی طرح درمان در پرونده موجود است.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
بررسی مستند	۱	ثبت مشخصات دموگرافیک بیمار (جمعیت شناختی) در فرم شرح حال		
بررسی مستند	۲	ثبت شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماریهای قبلی در فرم شرح حال		
بررسی مستند	۳	ثبت داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت و ناسازگاری دارویی، سوابق فامیلی، در فرم شرح حال		
بررسی مستند	۴	ثبت معاینات بدنی و بررسی های بالینی، نتایج معاینات بالینی، در فرم شرح حال		
بررسی مستند	۵	ثبت تشخیص اولیه یا افتراقی و طرح درمان در فرم شرح حال		
هدایت کننده		کمیته مدیریت اطلاعات، رئیس بخش، سرپرستار بخش		

ز ۱ ۱۱ در صورت اعزام به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده برای بیمار به اطلاع بیمارستان مقصد رسانده می‌شود.

### دستاورد استاندارد

- ایجاد هماهنگی برای ارائه خدمات با سایر مراکز درمانی

سنجه. پزشک معالج در زمان اعزام بیمار به سایر مراکز، گزارش اقدامات انجام شده را در فرم اعزام به صورت خوانا و کامل ثبت نموده و نسخه اصلی به بیمارستان مقصد ارسال و تصویر آن مهمور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در پرونده بیمار بایگانی می‌شود.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
بررسی مستند	۱	ثبت گزارش اقدامات انجام شده در فرم اعزام بیمار به سایر مراکز توسط پزشک معالج		
بررسی مستند	۲	ارسال اصل فرم اعزام به بیمارستان مقصد		
بررسی مستند	۳	بایگانی کپی فرم اعزام داخل پرونده بیمار بعد از امضاء و مهر اصل		
هدایت کننده		مدیر پرستاری، سرپرستار بخش و مسئول واحد مدیریت اطلاعات		

ز ۱ ۱۲ بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی می باشد.

### دستاورد استاندارد

- جلوگیری از اشتباه و تسهیل در بازیابی داده‌های بیمار

سنجه. بیمارستان برای هجده برگ ابلاغی پرونده‌ها از سیستم کدگذاری رنگی<sup>۱</sup> استفاده می نماید.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
بررسی مستند	۱	استفاده از سیستم کدگذاری رنگی برای هجده برگ اصلی پرونده بیماران		
هدایت کننده		مسئول واحد مدیریت اطلاعات		

<sup>1</sup> Color Coding



ز ۱ ۱۳ کد گذاری اقدامات تشخیصی و درمانی در پرونده بیماران براساس دستورالعمل کشوری انجام می‌شود.

دستاوردها استاندارد

- تشخیص و تفکیک بیماری‌ها و روش‌های درمانی از یکدیگر و طبقه بندی مدارک پزشکی براساس تشخیص‌ها
- افزایش سرعت و سهولت مراجعه به اطلاعات و ارائه آمارها

سنجه ۱. برای تمامی پرونده‌های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص نهایی پرونده‌ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها انجام می‌شود.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ کدگذاری قبل از بایگانی پرونده براساس کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات

سنجه ۲. در کدگذاری پرونده‌ها، علاوه بر کدگذاری تشخیص نهایی، کدگذاری همه تشخیص‌ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت‌ها، و علت زمینه‌ای مرگ)، براساس دستورالعمل کشوری صورت می‌پذیرد.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ کدگذاری تمام تشخیص‌ها و اقدامات درمانی در پرونده براساس دستورالعمل
توضیحات	در پرونده پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، (در موارد حادثه یا فوت، علل خارجی حوادث و مسمومیت‌ها، و علت زمینه‌ای مرگ)، و سایر تشخیص‌ها براساس کتاب طبقه بندی بین المللی اقدامات درمانی و بیماری‌ها موجود است.
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات

سنجه ۳. از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی در فواصل تعیین شده و انجام تحقیقات استفاده می‌شود.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ استفاده از اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی جهت گزارش دهی و انجام تحقیقات
هدایت کننده	مسئول واحد مدیریت اطلاعات

سنجه ۴. روش اجرایی "استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن‌ها در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار" با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.	
سطح سنجه	الزامی <input type="checkbox"/> اساسی <input checked="" type="checkbox"/> ایده آل <input type="checkbox"/>
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین روش اجرایی*
مصاحبه	۲ مشارکت صاحبان فرآیند در تدوین روش اجرایی
مشاهده	۳ شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۴ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۵ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند	۶ اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
بررسی مستند و مصاحبه	۷ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی
مصاحبه و مشاهده	۸ تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۹ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ

توضیحات	*فهرستی از اختصارات مجاز جهت استفاده در پرونده پزشکی و تشخیص‌ها و اقدامات در هر بخش تنظیم و در بخش نصب شده‌است، و نسخه ای از آن به واحد مدیریت اطلاعات ابلاغ شده و کارکنان این واحد از آن اطلاع دارند و در بررسی پرونده و کدگذاری براساس آن عمل می‌نمایند.
هدایت کننده	تیم مدیریت اجرایی و کمیته مدیریت اطلاعات



ز ۱ ۱۴ کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در راستای اهداف و مأموریت های تعریف شده فعالیت دارد.

دستاورد استاندارد

- فراهم شدن امکان اندازه گیری پیشرفت و بهبود عملکرد
- ایجاد هماهنگی و وحدت در روند اجرای فرایندهای اطلاعات سلامت

سنجه ۱. تکمیل صحیح ۱۸ برگ اصلی پرونده بیماران، در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی انجام می‌شود. همچنین ایجاد هرگونه فرم‌های بیمارستانی جدید توسط واحدها و بخش‌ها منوط به تایید این کمیته رسیده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته وجود دارد.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
بررسی پرونده‌ها از تکمیل صحیح ۱۸ برگ اصلی پرونده‌های بالینی بیماران در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان	بررسی مستند	۱		
انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق	بررسی مستند	۲		
ممانعت از تولید فرم‌های غیر ابلاغی وزارت بهداشت خارج از فرآیند استاندارد*	بررسی مستند	۳		
توضیحات	* هرگونه فرم‌های بیمارستانی جدید توسط واحدها و بخش‌ها منوط به تایید این کمیته رسیده و سوابق آن در صورتجلسات کمیته وجود دارد			
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات			

سنجه ۲. سوابق بررسی مشکلات و رفع نیازهای بخش‌ها/واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی در صورتجلسات کمیته موجود است.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
بررسی مشکلات بخش‌ها/واحدها در خصوص سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی در جلسات کمیته مدیریت اطلاعات	بررسی مستند	۱		
رفع نیازها و مشکلات سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط کمیته مدیریت اطلاعات*	بررسی مستند	۲		
توضیحات	* با همکاری مسئول فناوری اطلاعات بیمارستان در صورتجلسات مصوبات یکسال اخیر کمیته مدیریت اطلاعات درمان بیمارستان سوابق مربوط به بررسی مشکلات و رفع نیازهای اطلاعاتی و عناصر داده‌ای محتوای سامانه سیستم اطلاعات بیمارستانی بخش‌ها/واحدها موجود است			
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات			

سنجه ۳. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
<b>گام اجرایی / ملاک ارزیابی</b>				
روش ارزیابی				
تشکیل ماهیانه جلسات کمیته مدیریت اطلاعات*	بررسی مستند	۱		
توضیحات	* مصاحبه با اعضای کمیته در خصوص برگزاری ماهانه جلسات کمیته توصیه ۱. تصمیمات اتخاذ شده در کمیته در اسرع وقت به مسئولین واحدهای مرتبط اطلاع رسانی و اجرای مصوبات پیگیری می‌شود. توصیه ۲. یک نسخه از تمامی صورتجلسات کمیته جهت نظارت بر پیگیری مصوبات این کمیته به واحد بهبود کیفیت ارسال می‌شود.			
هدایت کننده	کمیته مدیریت اطلاعات			