صورتجلسه کارگروه تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت

شماره: ۷۳	جلسه رأس ساعت ۰۹:۰۰ با حضور اعضای جلسه شروع شد. در این جلسه ، در ارتباط با فرم تغذیه کودکان، فرم پره آپ بیهوشی، فرآیند اسکن آنلاین پرونده ها، سنجه های جدید اعتبار بخشی، فرم اعزام بیمارستانی و ... بحث و بررسی صورت گرفت و موارد ذیل به تصویب اعضا رسید:
تاریخ جلسه: ۱۳۹۷/۱۰/۰۴	
مکان جلسه : بیمارستان سیدالشهداء	

مشروح مصوبات	مسئولیت اجرا	زمان اجرا
۱- مقرر شد به استناد نامه شماره ۴۰۰/۲۱۲۴۳د مورخ ۱۳۹۷/۰۹/۰۷ وزارت متبوع، فرم ارزیابی تغذیه کودکان و نوجوانان به عنوان فرم اصلی در پرونده بیماران ذیربط و با همان رنگ فرم تغذیه بزرگسالان قرار گیرد.	- مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز تحت پوشش	بعد از ابلاغ صورتجلسه
۲- مقرر شد در راستای بند ۵-۱۲ شانزدهمین جلسه دانشگاهی تحول سلامت دانشگاه در رابطه با کمیسیون پزشکی برای جایگزینی لوح فشرده به جای تکثیر فرم های پرونده ، این موضوع در کمیته تحول سلامت مطرح شود.	- مدیر اطلاعات سلامت معاونت درمان	اولین جلسه ستاد تحول
۳-مقرر شد در مورد جامعیت فرم پره آپ تنظیمی دانشگاه و پره آپ ابلاغی وزارت متبوع از گروه آموزشی بیهوشی دانشگاه استعلام گرفته شود.	- مدیر اطلاعات سلامت معاونت درمان	یک هفته پس از ابلاغ
۴- مقرر شد فرم اعزام دائم بین بیمارستانی پیوست به عنوان جایگزین فرم فعلی که پیرو بند ۸ مصوبات شصت و هشتمین کارگروه مدیریت اطلاعات سلامت، بر روی پرونده بیمار قرار می گیرد استفاده شود.	- مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز تحت پوشش - رئیس محترم مرکز حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه	بعد از ابلاغ صورتجلسه
۵- مقرر شد اقدامات لازم در زمینه برگزاری جلسه مشترک با دادستان عمومی و انقلاب شهرستان کاشان در خصوص پذیرش پرونده الکترونیک به جای کاغذی برای موارد قضایی و شکایات، صورت پذیرد.	- مدیر اطلاعات سلامت معاونت درمان	در اولین فرصت

حاضرین :

مصطفی رضایی بارونقی **مسئول اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان و دبیر کارگروه**	**زهرا شاوردی** **کارشناس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان و کارشناس کارگروه**	**طیبه چیت ساز** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان سیدالشهداء و عضو کارگروه**
عباس دلیریان **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان متینی و عضو کارگروه**	**سید محمد طاهری** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان نقوی و عضو کارگروه**	**معصومه سادات نجاتی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان میلاد و عضو کارگروه**
طاهره آقاباقری **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شهید بهشتی و عضو کارگروه**	**فاطمه بصیرتی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان کارگرنژاد و عضو کارگروه**	**مریم رضایی بارونقی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان یثربی و عضو کارگروه**
صدیقه سادات عسگریان **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شهید رجایی و مدعو کارگروه**	**حسین تلک آبادی** **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شبیه خوانی و مدعو کارگروه**	**حمیده قیصری** **مسئول بخش بایگانی پزشکی بیمارستان شهید بهشتی و مدعو کارگروه**

غایبین :

-	-	-

معاونت درمان
اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فرم اعزام دائم (بین بیمارستانی)

اطلاعات بیمارستان مبدأ

نام بیمارستان:	تاریخ تماس: / /	زمان تماس:	:
نام پزشک معالج:	تخصص پزشک:	تلفن همراه پزشک:	
نام گزارش دهنده:	سمت گزارش دهنده:		

علت اعزام:

نداشتن بخش / سرویس مربوطه: نداشتن پزشک متخصص: عدم تجهیزات لازم: سایر:

نیاز به دیالیز: آندوسکوپی: TEE PACE کولونوسکوپی: پیوند: آنژیوگرافی:

ICU Burn ICU NICU PICU برونکوسکوپی: CCU ERCP

مورد مادر پر خطر: مورد حوادث ترافیکی: مورد STEMI مورد NSTEMI

سایر علل: هیچکدام:

مشخصات بیمار

شماره ملّی: نام: نام خانوادگی: جنس: سن: بیمه:

شماره پرونده بستری: نام بخش بستری: تاریخ پذیرش: / / ساعت پذیرش: :

سطح هوشیاری

GCS : آیا بیمار اینتوبه است؟

علایم حیاتی اولیه: SPO2: T: RR: PR: / BP:

علایم حیاتی ثانویه: SPO2: T: RR: PR: / BP:

سایر موارد

شکایت اصلی بیمار: علایم هنگام ورود به مرکز: مدت بستری در مرکز:

تشخیص اصلی : تاریخچه بیمار:

گزارش ECG : معاینات بالینی:

یافته های آزمایشگاهی	CX-MB:	Troponin:	ALT:	AST:	Plt:	HB:	WBC:
	HCO3:	PCO2:	PO2:	BUN:	BE:	PH:	UP:
	ALKP:	O2 sat:	Ca:	INR:	PTT:	PT:	Cr:
	TBILI:	DBILI:	ESR:	CRP:	Na:	FBS:	BS:
	سایر یافته ها:					Phos:	K:

یافته های تصویربرداری

اقدامات درمانی انجام شده در بیمارستان:

دستورات پزشک برای حین مسیراعزام:

لیست داروهای در حال مصرف بیمار

داروی ۱ :	نام:	میزان:	زمان مصرف:	مدت زمان مصرف:
داروی ۲ :	نام:	میزان:	زمان مصرف:	مدت زمان مصرف:
داروی ۳ :	نام:	میزان:	زمان مصرف:	مدت زمان مصرف:
داروی ۴ :	نام:	میزان:	زمان مصرف:	مدت زمان مصرف:

مهر و امضاء پزشک اعزام کننده: تاریخ و ساعت:	مهر و امضاء پرستار تکمیل کننده فرم: تاریخ و ساعت:	مهر و امضاء پزشک تحویل گیرنده: تاریخ و ساعت: