صورتجلسه کارگروه تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت

شماره۶۵	جلسه رأس ساعت ۰۸:۳۰با حضور اعضای جلسه شروع شد . در این جلسه ، در ارتباط با موضوعات ذیربط از جمله:تعداد تخت های مصوب سال ۹۷ هر بیمارستان, تایپی بودن فرم های پرونده , فرم ارزیابی اولیه بیمار , فرم های سامانه مادر و نوزاد و نوزادان بستری و ... بحث و بررسی صورت گرفت و موارد ذیل به تصویب اعضاء رسید:
تاریخ جلسه:۱۳۹۷/۰۲/۰۹	
مکان جلسه : معاونت درمان	

مشروح مصوبات	مسئولیت اجرا	زمان اجرا
۱- مقرر شد بر اساس سرشماری تخت های انجام شده در سال جاری، متمم سطح بندی تخت های ابلاغی از طرف وزارت متبوع، سند نقشه راه درمان ۱۴۰۴ دانشگاه، درصد اشغال تخت بخش های موجود و نیاز بیمارستانها بر اساس بیمارپذیری، تعداد تخت های فعال در بیمارستان های تحت پوشش به شرح ذیل برای سال ۹۷ لحاظ شود:	مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد
۲- با درخواست مراکز درمانی مبنی بر تایپی نمودن محتویات داخل فرم های پرونده مشروط به رعایت موارد ذیل موافقت گردید: - حفظ کامل اسلوب فیزیکی و جزئیات فرم شامل رنگ پایین فرم، جدول بندی داخل فرم و اجزای تعریف ش - رعایت.اصول مستند سازی فرم بر اساس قوانین و دستورالعمل های موجود	مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد
۳- مقرر شد به استناد نامه شماره ۲۲۶۱۵/د۳۰۰ مورخ ۹۶/۱۲/۲۶ وزارت متبوع, فرم اطلاعات مادر و نوزاد تکمیل و مندرجات آن وارد سامانه ایمان شده و در پایان، فرم مذکور ضمیمه پرونده شود.	مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد
۵- مقرر شد به استناد نامه شماره ۴۰۹/۸۸د مورخ ۹۷/۰۱/۰۸ وزارت متبوع، فرم ارزیابی اولیه بیمار جدید جایگزین فرم های قبلی شود.	مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد
۶- مقرر شد اقدامات لازم در زمینه رفع مشکلات اجرایی سومین مصوبه از شصت و چهارمین کارگروه مدیریت اطلاعات سلامت مورخ ۹۶/۱۲/۲۳ (استحقاق سنجی بیماران دارای بیمه سلامت ایرانیان موضوع نامه شماره ۳۱۰۸۴/د۴۰۰ مورخ ۹۶/۱۲/۲۰ وزارت متبوع) صورت پذیرد.	مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد

۱- مقرر شد بر اساس سرشماری تخت های انجام شده در سال جاری، متمم سطح بندی تخت های ابلاغی از طرف وزارت متبوع، سند نقشه راه درمان ۱۴۰۴ دانشگاه، درصد اشغال تخت بخش های موجود و نیاز بیمارستانها بر اساس بیمارپذیری، تعداد تخت های فعال در بیمارستان های تحت پوشش به شرح ذیل برای سال ۹۷ لحاظ شود:

ردیف	نام مرکز درمانی	تعداد تخت فعال در سال ۹۶	تعداد تخت فعال در سال ۹۷
۱	بیمارستان شهید بهشتی	۵۷۵	۵۸۴
۲	بیمارستان امام علی	۸۵	۹۱
۳	بیمارستان سیدالشهداء	۸۸	۸۸
۴	بیمارستان شبیه خوانی	۸۴	۸۴
۵	بیمارستان کارگرنژاد	۷۷	۷۷
۶	بیمارستان نقوی	۵۰	۵۰
۷	بیمارستان میلاد	۵۰	۵۰
۸	بیمارستان یثربی	۵۰	۵۴
۹	بیمارستان متینی	۴۶	۴۶
۱۰	بیمارستان شهید رجایی	۲۷	۲۷
۱۱	مرکز جراحی محدود پارسیان	۱۵	۱۵
۱۲	مرکز جراحی محدود امام رضا	۰	۰

-

۳- مقرر شد برای اصلاح هویت بیماران بعد از ترخیص، به صورت زیر اقدام شود:

- در مورد بیماران اتباع و افاغنه ، باید به فرمانداری (کمیساریای امور پناهندگان) ارجاع شوند و پس از دریافت نامه تأیید هویت فرد توسط فرمانداری یا کمیساریا، مطابق بیماران ایرانی اقدام شود.
- در مورد بیماران ایرانی، برای بررسی مدارک و مستندات بیمار، جلسه مشترکی حداقل با حضور:
  - ریاست بیمارستان
  - مدیریت بیمارستان
  - مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان
  - نماینده حراست بیمارستان / دانشگاه
  - نماینده بیمه ذیربط (برای بیمارانی که بیمه هستند)
  - افراد دیگر بنا بر صلاح دید اعضاء

برگزار و پس از تکمیل فرم تعویض نام بیمار (در ذیل) و الصاق به پرونده وی، نسبت به اصلاح اطلاعات هویتی بیمار در پرونده بر اساس قوانین مستندسازی اقدام شود.

تبصره: مدارک مثبته برای تعیین هویت بیمار می تواند کارت ملی, دفترچه بیمه, پاسپورت و یا هر مدرک قابل قبول دیگر باشد.

فرم تعویض نام بیمار

با عنایت به اینکه نام بیمار (نام صحیح) .....در هنگام پذیرش به علت:

اشتباه متصدی پذیرش ◯

استفاده از نام مستعار ◯

سوء استفاده از بیمه شخص دیگر ◯

سایر(با ذکر مورد) ◯.....

به نام (نام فعلی).....در پرونده / سامانه HIS ثبت شده است؛ و همچنین بر اساس بررسی مدارک مثبته ارائه شده از طرف بیمار شامل:

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

برای اعضای جلسه مسجّل گردید که نام فعلی بیمار با نام اصلی وی مغایر بوده و مقرر شد نام صحیح وی تحت عنوان .....بر اساس قوانین مستندسازی در پرونده بالینی نامبرده سیستم HIS اصلاح شود

نام تأیید کننده	سمت تأیید کننده	امضاء تأیید کننده
.....	ریاست بیمارستان	
.....	مدیر بیمارستان	
.....	مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان	
.....	نماینده حراست بیمارستان / دانشگاه	
.....	نماینده بیمه ذیربط	
.....		
.....		

اینجانب ..... با امضاء و اثر انگشت خود در ذیل این فرم، مسئولیت هرگونه عواقب قانونی یا خسارات احتمالی ناشی از تغییر نام را برعهده می گیرم.

تاریخ نام، امضاء و اثر انگشت بیمار

	مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد

حاضرین :		
مصطفی رضایی 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	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	مریم گلی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شهید رجای و عضو کارگروه	طیبه چیت ساز مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان سیدالشه و عضو کارگروه
طاهره آقاباقری کاشی مسئول بخش مدیریتاطلاعات سلامت بیمارستان شهید بهشت و عضو کارگروه	لیلا مزروعی کاشی کارشناس آماربیمارستان شهید بهشتی و عضو کارگروه	هانیه حدادی نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت مرکز جراحی محدود و عضو کارگروه
لیلا امیدواری مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامتبیمارستان شبیه خوانی و عضو کارگروه	مریم تابنده کارشناس آمار بیمارستان شبیه خوانی و مدعو کارگروه	خانم سیدی پور کارشناس آمار سازمان تامین اجتماعی شهرستان کاشان و مدعو کارگروه
معصومه سادات نجاتی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان میلاد و عضو کارگروه	مریم رضایی بارونقی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان آیت یثربی و عضو کارگروه	مریم سادات یوسف زاده کارشناس آمار بیمارستان آیت ا... یثربی و مدعو کارگروه
سمیه جمشیدی فر نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت مرکز جراحی محدود و عضو کارگروه		
غایبین :		
خانم فاطمه بصیرتی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستانکارگرنژاد و عضو کارگروه		