صورتجلسه کارگروه تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت

شماره ۷۲	جلسه رأس ساعت ۹:۰۰ با حضور اعضای جلسه شروع شد. در این جلسه ، ضمن معارفه خانم سمیرا صفاری به عنوان کارشناس جدید اداره مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان، در ارتباط با شرح وظایف پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت، تکمیل آواب و ... بحث و بررسی صورت گرفت و موارد ذیل به تصویب اعضا رسید:
تاریخ جلسه: ۱۳۹۷/۰۹/۰۶	
مکان جلسه : بیمارستان کارگرنژاد	

مشروح مصوبات	مسئولیت اجرا	زمان اجرا
۱- مقرر شد کلیه رشته های قبولی آزمون استخدامی به جز رشته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت که مشمول شرایط احراز برای اشغال پست های ذیربط در بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی می باشند حداقل به مدت سه سال فقط در سمت کارشناس پذیرش یا کارشناس اطلاعات بخش (منشی بخش) انجام وظیفه نمایند.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی تابعه	از زمان ابلاغ تا اطلاع ثانوی
۲- مقرر شد با توجه به اهمیت آمار، کدگذاری بیماری ها و بایگانی پزشکی در سطح بندی تخت و تجهیزات پزشکی، اعتباربخشی و امور قضایی و پژوهشی، فقط از فارغ التحصیلان رشته مدارک پزشکی یا فناوری اطلاعات سلامت در سمت های فوق استفاده شود. حضور سایر رشته های دارای شرایط احراز اشغل پست های بخش مدیریت اطلاعات سلامت در دیگر قسمتهای بخش مدیریت اطلاعات سلامت از جمله ورود اطلاعات به کامپیوتر و کارشناس اطلاعات بخش بلا مانع می باشد.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی تحت پوشش	از زمان ابلاغ به صورت مستمر
۳- مقرر شد بخش های ستاره دار تعریف شده بیمارستان ها در سامانه آواب بر اساس بخشنامه سند ۱۴۰۴ ابلاغی از طرف وزارت متبوع اصلاح شود.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی تحت پوشش	از ابتدای سال
۴- با استناد به مدارک ارائه شده توسط بیمارستان شهید بهشتی و نامه درخواست رئیس محترم مرکز ترومای دانشگاه، فرم شرح حال و معاینه بدنی بیماران ترومایی مورد تصویب قرار گرفت.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان بهشتی	از ابتدای آذر ماه
۵- با توجه به بررسی فرم ارجاع جسد پیشنهادی از طرف بیمارستان بهشتی، فرم مذکور پس از اعمال اصلاحات نهایی، مورد تأیید قرار گرفت و مراکز ملزم به استفاده از آن شدند.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی تحت پوشش	تا اطلاع ثانوی

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**	**سمیرا صفاری** **کارشناس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان و کارشناس کارگروه**
لیلا امیدواری **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شبیه خوانی (عضو کارگروه)**	**خانم فاطمه بصیرتی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان کارگرنژاد و عضو کارگروه**	**سید محمد طاهری** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان نقوی و عضو کارگروه**
طاهره آقاباقری کاشی **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان بهشتی و عضو کارگروه**	**آقای عباس دلیریان** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان متینی 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 یثربی و عضو کارگروه**	**طیبه چیت ساز** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان سیدالشهداء و عضو کارگروه**	**خانم عسگریان** **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شهید رجایی و عضو کارگروه**

غایبین :

سمیه جمشیدی فر **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت مرکز جراحی محدودپارسیان و عضو کارگروه**	**هانیه حدادی** **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت مرکز جراحی محدود امام رضا و** عضو کارگروه	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

معاونت درمان

اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

تاریخ تکمیل:	Date:
شماره پرونده:	Unit No:

مرکز درمانی .....

فرم ارجاع جسد به پزشک متخصص پزشکی قانونی / داد پزشک

نام خانوادگی:	Family Name:	نام:	Name:	نام پدر	Father Name::	نام بخش:	Part:	پزشک معالج:	Attending Physician
تاریخ تولد:	Date of Birth:	کد ملّی:	ID Number:	پذیرش: تاریخ:	ساعت:	Admission:	فوت: تاریخ:	ساعت:	Death:

محل فوت بیمار:

قبل از ورود به بیمارستان ☐ اورژانس ☐ بخش ☐ NICU ☐ ICU ☐ CCU ☐ OR

سایر با ذکر مورد ☐

علائم حیاتی به هنگام پذیرش:

BP: P: RR: T:

وضعیت هوشیاری بیمار به هنگام پذیرش:

هوشیار ☐ کاهش هوشیاری واضح ☐ بیهوشی(کما) ☐ GCS : .....

شکایت اصلی بیمار و خلاصه شرح حال:

خلاصه یافته های آزمایشگاهی و تصویر برداری:

تشخیص نهایی و علت احتمالی فوت:

علت ارجاع جسد به پزشکی قانونی :

مرگ غیر طبیعی☐ مرگ مشکوک☐ شکایت از کادر درمانی و بیمارستان ☐ علت فوت نامعلوم ☐

سایر با ذکر مورد:

دلیل اصلی مراجعه بیمار به مرکز درمانی:

نزاع ☐ حادثه ☐ تصادف ☐ مسمومیت ☐ بیماری جسمانی ☐

سایر با ذکر مورد:

مهر و امضاء پزشک معالج و تکمیل کننده فرم	مهر و امضاء مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت	مهر و امضاء سوپروایزر کشیک

در موارد زیر مجوز دفن توسط پزشکی قانونی صادر می گردد:

۱- مرگ به دنبال اقدام به قتل
۲- مرگ به دنبال اقدام به خودکشی
۳- مرگ به دنبال هر گونه منازعه(اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
۴- مرگ به دنبال حوادث ترافیکی (به هر شکل و با هر فاصله زمانی از حادثه که رخ دهد)
۵- مرگ به دنبال مسمومیت (شیمیایی، دارویی، گازگرفتگی و ...)
۶- مرگ به دنبال سوء مصرف مواد(مخدر، روانگردان، توهم زا و ...)
۷- مرگ متعاقب برق گرفتگی، غرق شدگی، سرمازدگی، گرمازدگی، سقوط از ارتفاع و ....
۸- مرگ ناشی از کار(حوادث شغلی، موادآلاینده محیط کار و ..)
۹- مرگ در زندان یا بازداشتگاه
۱۰-مرگ در مراکز اقامت جمعی مانند آسایشگاه ، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان ، خوابگاه و ...
۱۱-مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی درمانی
۱۲-مرگ مادر ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی در حین بارداری ، حین زایمان یا متعاقب زایمان و یا سقط جنین
۱۳-مرگ حین یا متعاقب ورزش
۱۴-مرگ های ناگهانی ، غیر منتظره و غیر قابل توجیه
۱۵-هر مرگی که احتمال شکایت از کسی در آن وجود داشته باشد
۱۶-هر نوع مرگ مشکوک و مرگ با علت ناشناخته
۱۷-هر نوع مرگ افراد ناشناس و مجهول الهویه
۱۸-هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود
۱۹-مرگ ناشی از حوادث غیر مترقبه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان
مرکز تحقیقات تروما

شماره: ۱۰۱/۷/۱/۲۹/ب
تاریخ: ۱۳۹۷/۸/۲۶
پیوست:

بسمه تعالی

سرکار خانم آقاباقری

سرپرست محترم واحد مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شهید بهشتی

با سلام

احتراماً، فرم شرح حال بیماران تروسرجری در گروه تروسرجری مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و فرم تأیید شده به پیوست جهت مطرح شدن در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و سپس جهت پیگیری و چاپ و استفاده در بخش تروسرجری ارسال می گردد.

دکتر اسماعیل فخاریان
رئیس مرکز تحقیقات تروما

سریال نامه: ۱/۱۶۶۲۱۹۲

رونوشت گیرندگان:

این نامه بدون مهر دبیرخانه فاقد اعتبار است.

کاشان: کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی - مجتمع بیمارستانی شهید دکتر بهشتی - طبقه همکف - مرکز تحقیقات تروما کد پستی: ۸۷۱۵۹۷۳۴۴۷

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &Medical Education

University of Kashan Medical Science دانشگاه علوم پزشکی کاشان

مجتمع بیمارستانی شهید دکتر بهشتی

شماره پرونده:

برگ شرح حال و معاینه بدنی

Medical History & Physical Examination Sheet

نام خانوادگی:	نام:	بخش: اتاق: تخت:	پزشک معالج:
نام پدر:	تاریخ تولد:		تاریخ پذیرش:

Method of arrival	Pre-Hospital information
☐Airway: ……. ☐Cervical Collar ☐Backboard☐Splinting ☐Cardiac monitor ☐Oxygen ☐IV ☐CPR ☐Meds: ……	Injury: ……, Time : ….. /…../ …..; …. : ….. Time of arrival: ……
Mechanism of injury	**History**
☐MVA: ☐Urban ☐Rural ☐Restrained ☐Unrestrained ☐Helmet ☐No helmet ☐ Pedestrian ☐Passenger ☐Driver ☐ Car ☐Motorcycle ☐Bicycle ☐Fall : Height : …… ☐Assault: Comments…… ☐Falling object: Comments…..…… ☐GSW: Distance: …… Location: …… ☐ Sport: Comments …… ☐ Burn: Comments……	Symptoms: ☐Headache ☐ Nausea/Vomiting ☐Convulsion ☐Amnesia: …….. ☐Decreased LOC: Duration: ……. mins ☐Focal neurologic deficit: …….. Past Medical History: ☐Unknown ☐Cardiovascular ☐HTN ☐DM ☐Epilepsy ☐Coagulopathy ☐Brain tumor ☐Allergy Social History: ☐Cigarette ☐Drug ☐Alcohol Medications: …….. Tetanus prophylaxis: ☐Yes ☐No Date: …… Pregnancy: ☐Yes ☐No

Primary assessment

A **Airway**	☐ Patient talking ☐Oropharyngeal airway ☐Intubated: ☐Here ☐Before ☐ C-spine protection (collar)
B **Breathing**	☐Normal ☐Hypoventilation : RR: ….. ☐Gasping ☐Apnea ☐Supplemental O2: …… L/min by cannula/mask ☐Chest tube :……
C **Circulation**	☐Stable ☐Shock state ☐External bleeding: Location: …… Sutured/packed ☐Internal bleeding: Location ……. BP: ……../……. PR: ……/…….. After fluid resuscitation: B P:……/……. PR: …../……
D **Disability**	GCS: BMR: ……../6 BVR: ……/5 Eo: ……/4 Total: ……/15 After resuscitation: …../ 15 Pupils: Right: ☐Br ☐Sl ☐Fx ….. mm ☐Unable to assess ☐Marcus-Gohn Left: ☐Br ☐Sl ☐Fx ….. mm ☐Unable to assess ☐Marcus-Gohn Doll's eye: ☐Present ☐Absent Abnormal posturing: ☐Present ☐Absent Corneal reflex: ☐Present ☐Absent FND: ☐Present ☐Absent …… Gag reflex: ☐Present ☐Absent Associated injury: ……...

Neurological examination

☐ Skull FX/Scalp laceration: Location: …….. Size: …….

☐ Raccoon eye: ☐ Rt ☐ Lt ☐Rhinorrhagia: ☐Rt ☐Lt ☐Otorrhagia: ☐Rt ☐Lt

☐ Battle sign: ☐ Rt ☐ Lt ☐Rhinorrhea: ☐Rt ☐Lt ☐Otorrhea : ☐Rt ☐Lt

☐ TM Rupture: ☐ Rt ☐ Lt ☐Facial trauma: ……

GCS (after resuscitation) BMR:……../ 6 BVR:……/5 EO: ……/ 4 Total: ……/15

Pupils (after resuscitation) Rt: …….. mm ☐Br ☐Sl ☐Fx ☐Unable to assess ☐Marcus-Gohn

Lt: …….. mm ☐Br ☐Sl ☐Fx ☐Unable to assess ☐Marcus-Gohn

☐ Cranial nerve palsy: ……

Doll's eye reflex ☐ Present ☐Absent Abnormal posturing ☐Yes ☐No …….

Corneal reflex ☐ Present ☐Absent FND ☐Yes ☐No …….

Gag reflex ☐ Present ☐Absent

Spinal column/ spinal cord

☐Spinal column tenderness: Level : ……

☐ Spinal cord injury syndromes : ☐ Complete ☐ Incomplete

☐ Anterior ☐ Central ☐ Brown-Sequard

☐ Sensory level : …….. Motor Power: ……..

☐ Sphincter paralysis: ☐ Anal ☐ Urinary ☐ Unable to assess ……

☐ Frankle Grade for SCI : ☐ A ☐B ☐C ☐D ☐E ASIA Score (motor) : …… /……

Other findings: ……..

Imaging findings

Spine

(X-rays/ CT scan)

☐ Normal

☐ Fracture / Dislocation: Location ……..

Type …….

AO Class (Magerl) ……

Brain CT scan

☐Normal ☐Pneumocephalus : Site ……

☐ Skull FX : ☐ Basal ☐Linear : Location: …….

☐Depressed ; Location: ……..

☐ Hematoma ☐EDH; Site: …… ☐SDH; Site: ……..

☐ ICH; Site: …… ☐Contusion; Site: ……..

☐ SAH; Site: ……... ☐IVH; Site: …….

✹Midline shift ☐No ☐Yes : …… mm ☐Rt-Lt ☐Lt-Rt

✹ Basal cistens ☐Competent ☐Compressed ☐Absent

☐Diffuse injury; Marshall Grade: …….

☐Diffuse axonal injury

Gunshot:

Bullet : ☐SUBQ ☐in skull

☐ in parenchyma ☐not seen

Has crossed sagittal plane? ☐Yes ☐No

Has crossed corneal plane? ☐Yes ☐No

مهر و امضا پزشک معالج/ رزیدنت