صورتجلسه کارگروه تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت

شماره جلسه:	تاریخ جلسه:	ساعت جلسه:	مکان جلسه:
۷۵ – هفتاد و پنج	۱۳۹۸/۰۲/۲۶	۰۹:۰۰ صبح	معاونت درمان دانشگاه

مشروح مصوبات	مسئولیت اجرا	زمان اجرا
۱- مقرر شد به استناد نامه شماره ۴۰۰/۳۵۵۱د مورخ ۱۳۹۸/۰۲/۲۴ معاون محترم درمان وزارت متبوع، آخرین نسخه ابلاغی ICD-10 و ICD-9-CM ورژن ۲۰۱۶ در سیستم های اطلاعات بیمارستانی(HIS) پیاده سازی شود.	- مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	تا پایان خرداد
۲- مقرر شد در راستای پروژه رسیدگی الکترونیکی به اسناد و پیرو جلسه دانشگاهی پروژه مذکور، فرایند ثبت و کدگذاری تشخیص نهایی هر پرونده طوری تدوین شود تا حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از زمان ترخیص به همراه سایر اقدامات لازم، پرونده بیمار به سامانه ارسال شود.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی تابعه	از ابتدای خرداد
۳- مقرر شد در راستای اجرای مصوبه قبل، پرونده های ارسالی، در بخش مدیریت اطلاعات سلامت و بدون تحویل گرفتن پرونده، کدگذاری شود.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی تابعه	از ابتدای خرداد
۴- مقرر شد به استناد قوانین و دستورالعمل های طرح تحول سلامت و سنجه های اعتبار بخشی، موارد ذیل در زنجیره خرید خدمت برای بیماران اعزام موقت رعایت شود: - خرید خدمت توسط مرکز مبدأ و ارائه خدمت توسط مرکز مقصد صورت می گیرد. - با توجه به نصّ صریح سنجه مدیریت و رهبری در سنجه های اعتباربخشی به شرح ذیل: "بیماران هزینه های حق العلاج، هتلینگ، دارو، لوازم پزشکی و سایر موارد را طبق خدمات ارائه شده در پرونده صرفاً به صندوق بیمارستان پرداخت می نماید و هیچگونه وجه جداگانه ای در داخل یا خارج از بیمارستان، بابت خدمات دریافتی و یا دارو و لوازم از بیمار دریافت نمی شود." هزینه خرید خدمت در اعزام موقت، توسط صندوق بیمارستان مبدأ از بیمار اخذ شده و مرکز مقصد مجاز به اخذ هیچ هزینه ای از بیمار نمی باشد. - لیست هزینه خدمات ارائه شده در مرکز مقصد در پایان دوره مورد تفاهم از بیمارستان مبدأ درخواست می شود. - مرکز مقصد ملزم می باشد برای موارد درمانی، قانونی و قضایی، یک نسخه از مستندات مربوط به خدمات ارائه شده را برای درج در پرونده بیمار به مرکز درمانی مبدأ ارسال نماید.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی تابعه	به صورت مستمر
۵- مقرر شد کلیه پیگیری های مربوط به برگزاری، پذیرایی و حق الزحمه مدرس، در دوره های آموزش حضوری پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت سطح دانشگاه، با نظارت معاونت درمان توسط مراکز درمانی تحت پوشش صورت پذیرد.	- مسئولین بخش مدیریت اطلاعات سلامت مراکز درمانی	به صورت مستمر
۶- با توجه به رفع مشکلات فرم اعزام دائم بین بیمارستانی و تأیید توسط ریاست محترم مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه و مدیران پرستاری مراکز درمانی تحت پوشش، فرم مذکور برای اجرا از ابتدای خرداد ماه ابلاغ شود.	- معاونت درمان	از ابتدای خرداد ماه

حاضرین :

مصطفی رضایی بارونقی **مسئول اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان و دبیر کارگروه**	**زهرا شاوردی نیاسر** **کارشناس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان و کارشناس کارگروه**	**سمیرا صفاری طاهری** **کارشناس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان و کارشناس کارگروه**
لیلا امیدواری **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شبیه خوانی 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**
طیبه چیت ساز **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان سیدالشهداء و عضو کارگروه**	**طاهره آقاباقری کاشی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان بهشتی 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 عضو کارگروه**	**عطیه زید** **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان میلاد و مدعو کارگروه**	**مریم سادات یوسف زاده** **کارشناس آمار بیمارستان آیت ا... یثربی و مدعو کارگروه**
حسین تلک آبادی **کارشناس آمار بیمارستان شبیه خوانی و مدعو کارگروه**	**لیلا مزروعی کاشی** **کارشناس آمار بیمارستان شهید بهشتی و مدعو کارگروه**	

غایبین :

خانم وجیهه شریف **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان کارگرنژاد و مدعو کارگروه**		

معاونت درمان
اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

فرم اعـــزام دائم بین بیمارستانی

مشخصات بیمار	شماره ملّی:		نام:		نام خانوادگی:		جنس:		سن:		بیمه پایه :	
	شماره پرونده بستری:		بخش بستری:		تاریخ پذیرش:	/ /	ساعت پذیرش:	:	بیمه تکمیلی:			
اطلاعات بیمارستان مبدا	نام بیمارستان:		تاریخ تماس با MCMC:	/ /	۱۳	زمان تماس با MCMC:	:					
	نام پزشک معالج:		تخصص پزشک معالج:		تلفن تماس پزشک:							
	نام گزارش دهنده:		سمت گزارش دهنده:		تلفن تماس گزارش دهنده:							
علت عمومی اعزام	نداشتن پزشک متخصص:		عدم حضور پزشک متخصص:		نداشتن تخت خالی:		نداشتن بخش / سرویس مربوطه:		نداشتن تجهیزات و امکانات:			
	اشکال در اتاق عمل		خرابی تجهیزات و امکانات:		مشکل مالی بیمار:		تمایل به بیمارستان خصوصی:		سایر:			
علت اختصاصی اعزام	نیاز به دیالیز:		آندوسکوپی:		کولونوسکوپی:		برونکوسکوپی:		آنژیوگرافی:		:PACE		:TEE
	:NICU		:PICU		:ICU		:BICU		:CCU		:ERCP		پیوند:
	سایر:											
موارد ویژه	مادر پر خطر:		مصدوم حوادث ترافیکی:		: STEMI		: NSTEMI		سایر:			

سرویس درمانی مورد نیاز: .....

این قسمت مخصوص اعزام نوزادان و مادران میباشد

چند قلویی دارد؟	Y	N	تعداد قل؟		قل چندم؟		وزن(g):		D:		L:		A:		P:		G:	
سن حاملگی با سونو(۱) دارد	Y	N	هفته		روز		بیماری مادر **قبل** از حاملگی											
سن حاملگی با سونو(۲) دارد	Y	N	هفته		روز													
سن حاملگی با سونو(۳) دارد	Y	N	هفته		روز		بیماری مادر **حین** حاملگی											
سن حاملگی با تاریخ دارد	Y	N	هفته		روز													
وضعیت زایمان:	طبیعی		سزارین		آپگار دقیقه ۱		آپگار دقیقه ۵		آپگار دقیقه ۱۰									
علت سزارین:	درخواست بیمار		سزارین قبلی		مشکلات مادر		مشکلات نوزاد		دفع مکونیوم									
رفلکس نوزاد :	Routing		Sucking		Moro		Grasping		Crying									
عملیات احیا:	تجویز O2؟	Y	N	:O2 sat		نوزاد سیانوتیک؟	Y	N	تهویه با بگ و ماسک؟	Y	N							
	دارای لوله تراشه؟	Y	N	محل لوله مناسب است؟	Y	N	ماساژ قلبی گرفته؟	Y	N	چست تیوب دارد؟	Y	N						

وضعیت بالینی بیمار

علایم حیاتی اولیه:	GCS:	/ 15	SPO2:		T:		RR:		PR:		/		BP:				
علایم حیاتی موقع اعزام:	GCS:	/ 15	SPO2:		T:		RR:		PR:		/		BP:				
اگر بیمار اینتوبه باشد:	تنفس کمکی؟		TV:		CPAP:		RR:		FIO2:		mode:						
شکایت اصلی بیمار:		تشخیص بیماری :							مدت بستری در مرکز:		روز / ساعت						
علایم هنگام ورود به مرکز:	GCS:	/ 15	SPO2:		T:		RR:		PR:		/		BP:				
تاریخچه بیمار:																	
یافته های معاینات بالینی:																	

یافته های پاراکلینیک

گزارش ECG :																	
یافته های آزمایشگاهی	Trop:		PTT:		PT:		Ca:		BE:		PH:		AST:		WBC:		
	CX-MB:		INR:		CRP:		Phos:		O2 sat:		PO2:		ALT:		HB:		
	TBili:		ESR:		Na:		FBS:		BUN:		PCO2:		ALKP:		Plt:		
	DBili:				K:		BS:		Cr:		HCO3:		U/A:		PMN		
سایر:																	

یافته های پاراکلینیک	یافته های تصویربرداری	....
اقدامات درمانی	اقدامات درمانی انجام شده در بیمارستان مبدأ:	....

لیست داروهای در حال مصرف بیمار

	نام دارو:	میزان:	زمان مصرف:	مدت زمان مصرف:
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

اقدامات درمانی حین مسیر اعزام	دستورات پزشک حین مسیراعزام:	....
	اقدامات و مشاهدات پرستاری حین مسیر اعزام:	....

مدارک پزشکی پیوست	برگه تحویل نظام سلامت:		برگ خلاصه پرونده:		برگ شرح حال:		برگ شرح عمل:		نتایج آزمایشات:	
	گزارش های تصویربرداری:		سایر فرم ها:							

مشخصات تکمیل کنندگان فرم

	پزشک اعزام کننده	**تکمیل کننده فرم**	**تکمیل کننده سامانه**	**پزشک تحویل گیرنده**
نام و فامیل				
سمت				
تاریخ				
ساعت				
مهر و امضاء				

رضایت عدم اعزام به دلیل نظر شخصی بیمار

اینجانب ..... برخلاف صلاحدید و توصیه پزشک مسئول اعزام بیمارستان ..... با میل شخصی، از اعزام انصراف داده و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود ، نمی دانم.

تاریخ .....

امضاء و اثر انگشت بیمار.....

نام، نسبت، امضا، و اثر انگشت یکی از بستگان درجه یک بیمار (در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد) .....