صورتجلسه کارگروه تخصصی مدیریت اطلاعات سلامت

شماره۷۹	جلسه رأس ساعت ۰۸:۳۰با حضور اعضای جلسه شروع شد. در این جلسه به مناسبت روز آمار و برنامه ریزی، ضمن قدردانی از زحمات کارشناسان آمار بیمارستان ها، به افراد برگزیده نیز لوح تقدیر اهداء شد. سپس در ادامه جلسه، در خصوص کلیات سنجه های محور مدیریت اطلاعات سلامت در اعتباربخشی، الزامات سامانه سپاس، پرونده های بیماران تصادفی و ... بحث و بررسی صورت گرفت و موارد ذیل به تصویب اعضاء رسید :
تاریخ جلسه:۱۳۹۸/۰۸/۰۴	
مکان جلسه : معاونت درمان	

مشروح مصوبات	مسئولیت اجرا	زمان اجرا
۱- مقرر گردید فرم رضایت آگاهانه بیمار که طی نامه شماره ۲۹/۳/۱/۶۲۳۶/پ مورخ ۹۸/۰۷/۱۵ از طرف معاونت درمان به بیمارستان ها ابلاغ شده است جایگزین کلیه فرم های رضایت نامه (و برائت نامه) موجود شود. لازم به ذکر است اخذ هر گونه رضایت نامه (و برائت نامه) به جز فرم رضایت آگاهانه و رضایتنامه های پشت برگ پذیرش، فاقد وجاهت قانونی می باشد.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت کلیه مراکز درمانی	از آبان سال ۹۸
۲- مقرر گردید تکمیل فرم پره آپ بیهوشی برای کلیه اقدامات جراحی الکتیو بستری الزامی شود و در صورت نداشتن این فرم هنگام پذیرش، از پذیرش بیمار خودداری شود.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت	از تاریخ ۱۳۹۸/۰۸/۱۵
۳- مقرر گردید در راستای راه اندازی سامانه های جدید وزارت متبوع، ارائه کد ملی توسط کلیه بیماران سرپایی، بستری، دارای بیمه پایه و بدون آن، هنگام پذیرش الزامی شود. در خصوص بیماران IPD (توریسم درمانی)، ترتیبی اتخاذ شود تا شماره پاسپورت به جای کد ملی در هنگام پذیرش، قابلیت ثبت داشته باشد.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت کلیه مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد
۴- با عنایت به نامه شماره ۴۰۰/۱۶۵۱۹د مورخ ۱۳۹۸/۰۷/۱۰ معاون محترم درمان وزارت متبوع، مقرر گردید پرونده های بیماران تصادفی بعد از مهرماه ، در سامانه تصادفات (تروما ۹۲) وارد نشود. بر اساس نامه مذکور، مبنای پرداخت برنامه مصدومین سوانح و حوادث ترافیکی، اطلاعات پرونده های ارسالی به سامانه سپاس خواهد بود.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت کلیه مراکز درمانی مشمول -مسئول سامانه تروما ۹۲ کلیه مراکز درمانی مشمول	از ابتدای مهرماه سال جاری
۵- مقرر گردید برای رفع برخی مشکلات آماری و نیز ایجاد درک مشترک در گزارشگیری های آماری، مبنای زمانی محاسبه آمار روزانه و گزارشات دریافتی از سامانه HIS مراکز درمانی، از ساعت ۸ صبح در نظر گرفته شود.	- کارشناسان آمار کلیه مراکز درمانی	از ابتدای آبان ماه سال جاری
۶- مقرر گردید با استناد به دستورالعمل فرایند طراحی فرم ابلاغی از وزارت متبوع و استانداردهای ابلاغی در سنجه های اعتباربخشی و نیز هماهنگی های متعدد صورت گرفته، کلیه فرم های مورد استفاده در پرونده بالینی مراکز درمانی، باید مجوز لازم را از وزارت متبوع یا کارگروه مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان دانشگاه کسب نموده باشند.	- مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت کلیه مراکز درمانی	از تاریخ جلسه به بعد

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**	**لیلا امیدواری** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان شبیه خوانی و عضو کارگروه**
سید محمد طاهری **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان نقوی و عضو کارگروه**	**عباس دلیریان** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان متینی و عضو کارگروه**	**طاهره آقاباقری کاشی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان بهشتی و عضو کارگروه**
طیبه چیت ساز **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان سیدالشهداء و عضو کارگروه**	**مریم گلی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان رجایی و عضو کارگروه**	**مریم رضایی بارونقی** **مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان آیت ا... یثربی و عضو کارگروه**
عطیه زید **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان میلاد و مدعوکارگروه**	**لیلا مزروعی کاشی** **کارشناس آمار بیمارستان شهید بهشتی و مدعو کارگروه**	**مریم سادات یوسف زاده** **کارشناس آمار بیمارستان آیت ا... یثربی و مدعو کارگروه**

غایبین :

وجیهه شریف **نماینده بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان کارگرنژاد و مدعو کارگروه**	**حسین تلک آبادی** **کارشناس آمار بیمارستان شبیه خوانی و مدعو کارگروه**	_

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت درمان

اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت

تاریخ تکمیل: Date:	
شماره پرونده: Unit No:	

مرکز درمانی .....

فرم رضایت آگاهانه بیمار

INFORMED CONSENT SHEET

نام خانوادگی: Family Name:	نام: Name:	بخش: Ward:	پزشک معالج: Attending Physician :
		تخت: Bed:	
نام پدر: Father Name:	تاریخ تولد: Date of Birth:	اتاق: Room:	جنس: Sex: ☐ F ☐ M

اینجانب بیمار ☐ / ولی بیمار ☐ / سرپرست بیمار ☐ / نماینده قانونی بیمار ☐، ..... فرزند ..... دارای کد ملی .....

و شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد تاریخ ...../ ...../ ..... ، با توضیحات کادر پزشک معالج درباره بیماری ..... که

شامل اقدامات: درمانی، تهاجمی و جراحی☐ (نوع اقدام و عمل، مزایا و معایب، عوارض احتمالی، روش های جایگزین ممکن) توسط دکتر .....به شرح ذیل:

.....

.....

.....

بیهوشی و آرام بخشی☐ (نوع بیهوشی / آرام بخشی، مزایا و معایب، عوارض احتمالی، روش های جایگزین ممکن) توسط دکتر .....به شرح ذیل:

.....

.....

تشخیصی ☐ (نوع روش، مزایا و معایب، عوارض احتمالی، روش های جایگزین ممکن) توسط دکتر .....به شرح ذیل:

.....

.....

به اینجانب تفهیم گردید و به خوبی از آن مطلع شدم، در حضور امضاء کنندگان ذیل، با آگاهی کامل رضایت خود جهت اقدامات مذکور و سایر اقدامات تشخیصی و درمانی لازم که طبق صلاحدید پزشکان و کادر درمانی و با رعایت موازین فنی و علمی انجام شود را در کمال صحّت، هوشیاری و سلامت روان اعلام می دارم.

بیمار / ولی / سرپرست / نماینده قانونی بیمار: نام و نام خانوادگی: .....

تاریخ و ساعت: امضاء و اثر انگشت:

پزشک معالج: نام و نام خانوادگی:	پزشک بیهوشی: نام و نام خانوادگی: .....
تاریخ و ساعت: امضاء و مهر:	تاریخ و ساعت: امضاء و مهر:
پرستار شاهد: نام و نام خانوادگی:	همراه بیمار / همسر بیمار (در موارد حقوق ناشی از ازدواج): نام و نام خانوادگی: .....
تاریخ و ساعت: امضاء و مهر:	تاریخ و ساعت: امضاء و اثر انگشت:

این قسمت در صورت درخواست مشاوره پزشک معالج، توسط متخصص پزشکی قانونی بیمارستان / دانشگاه تکمیل شود

مدارک هویتی بیمار ☐، ولی / سرپرست / نماینده قانونی بیمار ☐ خانم / آقای ..... منطبق با اطلاعات درج شده در پرونده بیمار بوده و نامبرده صلاحیت و اهلیت قانونی جهت اعطای رضایت نامه درمانی و ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی توضیح داده شده را دارد.

نظریه متخصص پزشکی قانونی در مورد صحت و اعتبار قانونی موافقت مرکز درمانی با عدم پذیرش درمان پیشنهادی توسط بیمار و تقاضای ترک مرکز با رضایت شخصی:

تاریخ و ساعت: امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی:

تذکر : لطفاً قبل از تکمیل فرم به توضیحات پشت برگه توجه فرمایید (صفحه دوم)

توضیحات مهم :

۱- احراز هویت بیمار / ولی / سرپرست / نماینده قانونی و شهود بر اساس مدارک قانونی، قضایی و هویتی معتبر (شامل شناسنامه ، کارت ملی ، گواهینامه و گذرنامه) خواهد بود و انجام آن هنگام تنظیم فرم الزامی است .

۲- در صورتیکه بیمار به سن قانونی نرسیده باشد، مست و یا دچار اختلالات ذهنی و روانی باشد، رضایتنامه باید توسط ولی قانونی وی تکمیل شود. ولی قانونی، پدر است و در نبود وی جد پدری می باشد. در صورت فوت یا عدم امکان دسترسی به ایشان و عدم تعیین قیم قانونی از طرف دادگاه مادر به عنوان ولی اتفاقی محسوب می شود .

۳- در صورت اعتیاد، اختلالات روانی، مستی و یا محجوریت پدر در بیماران با سن کمتر از ۱۸ سال، بنا به درخواست پزشک معالج، از مشاوره متخصص پزشکی قانونی بیمارستان یا متخصصین پزشکی قانونی آنکال دانشگاه استفاده شود.

۴- برای تمام اقدامات درمانی که بر روی حقوق ناشی از ازدواج تأثیر می گذارد (مثل سقط جنین، هیسترکتومی، بستن لوله ها، تغییر جنسیت و...)، رضایت همسر لازم بوده و در قسمت همراه بیمار، از همسر بیمار باید رضایت گرفته شود.

۵- در صورتی که اقدام تشخیصی و درمانی فوری برای نجات جان بیمار و یا پیشگیری از بروز نقص عضو و یا آسیب برگشت ناپذیر، ضروری باشد، اورژانس تلقی شده و مطابق بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی، اخذ رضایت، ضروری نیست.

۶- رضایت آگاهانه گرفته شده از بیمار، در حکم یک سند رسمی محسوب می شود. بنابراین باید تابع ضوابط و شرایط تنظیم اسناد رسمی کشور باشد.

۷- اخذ رضایت آگاهانه، رافع مسئولیت های پزشک و کادر معالج در صورت ارتکاب قصور پزشکی نبوده و کادر معالج در همه حال موظف و ملزم به رعایت اصول و موازین و استانداردهای فنی، علمی و اخلاقی می باشند.

۸- رضایتی معتبر است که توسط پزشک معالج و به طور آزادانه و آگاهانه از بیمار یا ولی بیمار که از اهلیت قانونی (بالغ، عاقل، رشید) برخوردار است اخذ شود. لذا اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در واحد پذیرش بیمارستان قابل قبول نمی باشد. البته پزشک معالج می تواند در موارد خاص انجام این فرایند را به پزشک مشاور مسلط به مسائل قانونی یعنی متخصص پزشکی قانونی نیز واگذار نماید

۹- رضایت آگاهانه باید در موارد ذیل اخذ شود:

- تمامی اعمال جراحی
- بیهوشی و آرام بخشی
- استفاده از خون و فرآورده های خونی
- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی
- تحقیقات
- مواردی مانند شوک درمانی (ECT) ، پرتودرمانی ، شیمی درمانی ، آنژیوگرافی و...

۱۰- گذاردن سوند فولی، بازکردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده و تزریق وریدی جزء پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

۱۱- اطلاعات لازم شامل نوع بیماری، درمان های ممکن، اقدامات تشخیصی درمانی پیشنهادی ، عوارض و خطرات عدم پذیرش درمان، فواید درمان و به ویژه عوارض و خطرات احتمالی درمان باید به زبان ساده و قابل فهم و درک برای بیمار بیان و در فرم رضایت آگاهانه درج شود و از به کاربردن اصطلاحات پزشکی حتی الامکان خودداری شود.

۱۲- اگر پروسیجرهای چندگانه برای بیمار مورد نیاز باشد باید برای هر پروسیجر، فرم جداگانه رضایت آگاهانه تکمیل شود.

۱۳- اخذ رضایت آگاهانه در مواردی که چهارچوب قانونی در مورد آنها وجود دارد مانند (توبکتومی، تغییر جنسیت، سقط جنینِ درمانی) باید مطابق دستورالعمل و موازین قانونی یا دستور قضایی انجام شود.

۱۴- در خصوص بیماران دیالیز (صفاقی همودیالیز)، شیمی درمانی، ECT، ترانسفوزیون مکرر خون ، پلاسمافرز و در بیمارانی که اقدامات درمانی مداوم و مشابه دارند، مادامی که ظرفیت تصمیم گیری بیمار / ولی قانونی وی، نوع درمان و شرایط بالینی تغییری نکند اخذ یک بار رضایت نامه در شروع دوره درمانی کفایت می کند .مشروط بر آن که در رضایت نامه، مکرر بودن اقدام درمانی ذکر شود.

۱۵- برای بیماران مؤنث و متأهل کمتر از ۱۸ سال، در انجام اقدامات جراحی/ تشخیصی درمانی در موارد غیر اورژانس، اخذ رضایت پدر / ولی / یا سرپرست قانونی الزامی و رضایت همسر نیز توصیه می شود. در مواردی که انجام این اقدامات با منافع همسر مرتبط می شود علاوه بر رضایت پدر، اخذ رضایت همسر نیز الزامی است.

۱۶- در زایمان بی درد، اخذ رضایت به صورت آگاهانه از خود بیمار (مادر) کافی بوده و نیازی به اجازه همسر نمی باشد. فقط همانند سایر اقدامات درمانی حداقل یک نفر شاهد (ترجیحاً از بستگان درجه اول بیمار) بایستی برگه رضایت نامه را امضاء نماید.

۱- ماده یک کنوانسیون حقوق کودک مصوب ۱۹۸۹، ۱۸ سالگی را مرز میان کودکی و بزرگسالی می داند .
۲- در پزشکی، نوزاد به شیرخواری گفته می‌شود که در ۲۸ روز اول زندگی (از بدو تولد تا ۴ هفته پس از تولد، کمتر از یک‌ماهه) باشد .
۳- ماده یک کنوانسیون حقوق کودک مصوب ۱۹۸۹ و رویه حاکم در جامعه بین المللی، سن کودک بین یکماه تا ۱۸ سال است؛ به عبارتی ۱۸ سالگی را مرز میان کودکی و بزرگسالی می دانند .