

شماره:

تاریخ:



دستورالعمل سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی

معاونت درمان

مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

گروه آماد و فناوری اطلاعات سلامت



کد دستورالعمل کشوری: الفپ-۲-۱۸/۹



سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی – ویرایش اول

ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی – ویرایش دوم

زیر نظر:

دکتر قاسم جان بابایی

معاونان:

دکتر رضا گل پیرا - اکرم واحدی - ترنس پاک - دکتر مجید میرزایی - مهندس علی نیکولام - مهندس عبدالکلیانی - مسعود جوادى و آباو - دکتر ممتاز جمیلک - سین اسماعیلان - فربا لطفی - مرنوش پروان - دکتر فاطمه بهستانج

بهماران:

دکتر علیرضا پارسیپور - دکتر حمید مهدی - دکتر مراد افروزی پور - دکتر پریسا ترابی - زهرا کوی - مریم زنگنه - حمید زاهد - طاهره آذری - بهمن محمدعلیان - دکتر شمس الدین احمدی

و با همکاران:

بهماری حوزه های سادی وزارت بهداشت:

مرکز ترانس

مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات

معاونت پرستاری

گروه برنامه ریزی اقتصادی و مدیریتی سلامت

اداره تغذیه بالینی

اداره مددکاری

و بهماری کلیه دانشگاه های علوم پزشکی

آذرماه ۱۳۹۸

آدرس: تهران - شهرک غرب (قدس) - بلوار فرزانوی - ایوانک شرقی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - پلاک آ - طبقه ۷ - تلفن تماس: ۸۱۴۵۵۸۶۴ - ۸۱۴۵۴۵۶۲

آدرس الکترونیک: <http://medcare.behdasht.gov.ir>

فهرست مطالب

صفحه

۱

مقدمه

۲

تعاریف

۹

فصل اول: ضوابط کلی و دستورالعمل ارایه اطلاعات پرونده بیمار

۱۱

فصل دوم: سطح دسترسی به پرونده پزشکی بیمار:

۱۲

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی درون سازمانی به پرونده بستری بیمار

۲۱

جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی برون سازمانی به پرونده بستری بیمار

۲۴

جدول ۲-۲: سطح دسترسی درون سازمانی به پرونده درمانگاهی بیمار

۲۹

جدول ۲-۳: سطح دسترسی به اطلاعات پایه سامانه اطلاعات بیمارستان

۳۰

پیوست ۱: عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هریک از نقش ها

مقدمه

مواجهه با تحولات پیاپی در حوزه سلامت و برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در این حوزه که پیچیدگی‌های آن همواره رو به افزایش است، هم چنین پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی در حیطه مراقبت و مدیریت بیمار، مستلزم دسترسی به اطلاعات سلامت از وجوه مختلف می‌باشد. گرچه ارایه مراقبت با کیفیت، اولویت اصلی حوزه سلامت است اما بدون تردید حفظ حریم شخصی^۱ و رعایت استانداردهای امنیت اطلاعات^۲ نیز از مباحث پرچالش حوزه سلامت محسوب می‌گردد.

حفظ حریم شخصی بیمار بیانگر حق بیمار در خصوص تعیین نحوه استفاده یا به اشتراک گذاری اطلاعات مرتبط با سلامت وی می‌باشد. براین اساس، این که اطلاعات بیمار، چه زمان، چگونه و تا چه حدودی در اختیار سایر افراد حقیقی یا حقوقی قرار گیرد، به جز در موارد تعیین شده فقط با اجازه کتبی بیمار مجاز می‌باشد.

امنیت اطلاعات بیمار نیز به سه اصل محرمانگی^۳، سالم بودن^۴ و در دسترس بودن اطلاعات برحسب نیاز کاربران مجاز^۵ اشاره دارد. در واقع امنیت اطلاعات دربرگیرنده تدابیری است که اتخاذ می‌شوند تا اطلاعات بیمار فقط در اختیار افراد مجاز قرار گرفته، سلامت آن‌ها تضمین شده و در هنگام نیاز در دسترس کاربران مجاز قرار گیرد. در این رابطه، کنترل دسترسی^۶ یا به عبارت دیگر، تعیین سطوح دسترسی در راستای ارتقای امنیت اطلاعات و با هدف محدود نمودن دسترسی به کاربران مجاز مطرح می‌باشد. کنترل دسترسی، در واقع سازوکار مجاز نمودن کاربران به دسترسی به منابع اطلاعاتی پس از تایید هویت و تعیین سطح دسترسی آن‌ها به انواع اطلاعات می‌باشد. براین اساس و در راستای تحقق تکلیف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه در خصوص استقرار پرونده الکترونیک سلامت و لزوم برقراری رویه‌های استاندارد و یکپارچه به منظور حفظ حریم شخصی و امنیت اطلاعات بیمار؛ گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان وزارت بهداشت، اقدام به بازنگری دستورالعمل‌های موجود در این زمینه و اخذ نظرات مراجع قانونی از قبیل سازمان نظام پزشکی کشور، سازمان پزشکی قانونی کشور و دفتر حقوقی وزارت بهداشت نموده است. این دستورالعمل، در دو بخش اصلی شامل "ضوابط کلی ارایه اطلاعات پرونده بیمار به مراجع داخل و خارج از بیمارستان" و "تعیین سطوح دسترسی به پرونده بیمار" تنظیم شده و لازم الاجرا می‌باشد.

1. Privacy

2. Security

3. Confidentiality

4. Integrity

5. Availability

6. Access control

◀ تعاریف:

تعاریف تمامی واژه‌هایی که در سند حاضر به کار رفته یا مفاهیمی که به منظور درک دقیق‌تر محتوای سند مورد نیاز است، در این بخش ارائه شده است.

- **بیمارستان:** منظور از بیمارستان در این دستورالعمل، تمامی مراکز ارائه دهنده مراقبت بیمارستانی فارغ از نوع وابستگی (دولتی، خصوصی و خیریه) یا نوع فعالیت (آموزشی یا درمانی) می باشد که در این سند به اختصار "بیمارستان" نامیده شده اند.
- **بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان:** منظور بخش مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستان می باشد که نقش نظارتی آن بر نحوه ارائه اطلاعات و دسترسی به پرونده بیماران در این سند مورد تاکید است.
- **سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS):** عبارتست از سامانه جامع اطلاعات بیمارستانی به منظور مدیریت اطلاعات پرونده الکترونیکی بیمار و سایر اطلاعات پایه ای منابع داده ای و مدیریتی بیمارستان. در واقع سامانه اطلاعات بیمارستانی در برگیرنده مجموعه ای از داده ها و اطلاعات، فرایندهای کاری، افراد و فناوری های اطلاعاتی است که در تعامل با یکدیگر و به منظور پشتیبانی از بیمارستان در ابعاد مختلف بالینی، مالی، حقوقی، آموزش، پژوهش و بهبود کیفیت، داده هایی را اخذ، پردازش و ذخیره سازی کرده و خروجی های اطلاعاتی مورد نیاز را ارائه می کنند.
- **پرونده کاغذی:** پرونده پزشکی شامل تمامی مستندات مربوط به خدمات ارائه شده به بیمار از بدو پذیرش تا ترخیص از مرکز ارائه دهنده مراقبت (بیمارستان) می باشد. پرونده پزشکی کاغذی در قالب مجموعه ای از فرم های کاغذی زنجیره خدمات ارائه شده به بیمار در فاصله پذیرش تا ترخیص بیمار را مستند نموده و دربرگیرنده اطلاعات دموگرافیک بیمار، اطلاعات شناسایی ارائه دهندگان مراقبت، اطلاعات بالینی، اداری و مالی مرتبط با بیمار هم چنین انواع اجازه نامه ها و رضایت آگاهانه بیمار جهت اقدامات درمانی و اعمال جراحی می باشد. اطلاعات بالینی پرونده حداقل مشتمل بر شرح حال بیمار و معاینات فیزیکی، تشخیص، طرح درمان، یادداشتهای سیر بیماری، نتایج تستهای تشخیصی و اقدامات درمانی و وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه های حین ترخیص بیمار می باشد.
- **پرونده الکترونیک:** عبارتست از پرونده پزشکی بیمار که در قالب مجموعه ای از رکوردهای داده ای الکترونیک توسط متخصصین بالینی و سایر مستندسازان مجاز در سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS) ایجاد و مدیریت شده و در پایگاه داده آن مرکز به نحوی قابل بازیابی و امن ذخیره سازی می شوند. عملکردهای اصلی پرونده الکترونیک عبارتند از: ۱) ثبت تمامی داده های مرتبط با پرونده پزشکی از جمله داده های دموگرافیک و داده های مرتبط با سلامت فرد از جمله شرح حال، تشخیص، فهرست دارویی، یادداشتهای بالینی و نتایج تستهای تشخیصی ۲) مدیریت نتایج تستهای تشخیصی ۳) ثبت و پشتیبانی دستورات پزشک و تجویز های دارویی ۴) ارائه توصیه ها و پشتیبانی از تصمیم در قالب یادآورها، هشدارها و کمک به تشخیص از طریق ارائه یافته های اخیر یا گایدلاین های مبتنی بر شواهد.

• **مستندسازی:** منظور از مستندسازی تمامی افرادی می باشد که در مستندسازی خدمات ارائه شده به بیمار در پرونده پزشکی وی سهیم می باشند. شامل پزشکان، پرستاران، ارائه دهندگان خدمات تشخیصی یا کمک درمانی، مددکاران، کارکنان مدیریت اطلاعات و ترخیص که خدمات مرتبط را در قالب پرونده پزشکی بیمار مستند می نمایند. مستندسازی عبارتست از مشخص نمودن این که چه کسی، چه خدمت/ مراقبتی را، به چه دلیل، در چه مکانی و چگونه انجام داده است. مستندسازی پس از ثبت داده های مرتبط در پرونده بیمار، تاریخ و زمان ثبت را درج نموده و در انتها، داده های ثبت شده را از طریق درج نام و امضای خود تصدیق می نمایند. تمامی افرادی که مستندسازی پرونده پزشکی را انجام می دهند باید دارای صلاحیت لازم در این زمینه بوده و در چارچوب سیاست ها و دستورالعملهای مدون، خدمات خود را مستند نمایند. تمامی این افراد باید در زمینه اصول مستندسازی و استانداردهای مستندسازی قانونی آموزش دیده و از آنها تبعیت نمایند. صلاحیت افراد مستندسازی براساس دوره های آموزشی طی شده و کنترل مستمر مستندات آن ها از لحاظ میزان رعایت استانداردها تعیین می شود.

• **اطلاعات محافظت شده (PHI):** مفهوم اطلاعات محافظت شده در چارچوب حفظ حریم شخصی بیمار^۲ و حق بیمار در این رابطه اشاره دارد. منظور از اطلاعات محافظت شده بیمار، مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت جسمی یا روانی فرد، خدمات ارائه شده به او یا پرداختهای صورت گرفته در قبال این خدمات می باشد مشروط بر آن که هویت فرد از طریق شناسه های هویتی، به صورت صریح یا ضمنی، قابل شناسایی باشد. بر مبنای اصل حفظ حریم شخصی بیمار، اطلاعات محافظت شده فقط با اجازه کتبی بیمار یا نماینده قانونی وی قابل استفاده یا واگذاری می باشند مگر در صورتی که در اختیار خود بیمار قرار گیرند یا به منظور درمان خود بیمار یا پرداختهای مرتبط به وی، پیگیری های قانونی و قضایی، یا به منظور ارزیابی، تایید صلاحیت و اعتباربخشی؛ یا در قالب برنامه های مرتبط با سلامت همگانی یا نظارت بر سلامت یا در موارد تهدید جدی برای سلامت عمومی استفاده شوند.^۳ شناسه های هویتی بیمار که امکان تشخیص هویت او را فراهم می کنند عبارتند از: نام بیمار، تاریخ تولد، فوت یا درمان بیمار یا هر تاریخ دیگری مربوط به بیماری یا مراقبت بیمار، آدرس، شماره تلفن و سایر اطلاعات تماس با فرد، شماره بیمه، شماره پرونده، تصویر بیمار، اثر انگشت/ سایر ویژگی های بیومتریک بیمار و سایر شناسه های منحصر به فرد بیمار.

^۱ Protected Health Information

^۲ منظور از حریم شخصی بیمار در این سند، رعایت حریم شخصی وی از لحاظ استفاده و واگذاری اطلاعات پرونده می باشد. به این معنا که بیمار حق دارد تعیین کند چه افراد حقیقی یا حقوقی و تا چه حدودی مجاز به استفاده از اطلاعات پرونده وی می باشند.

^۳ محدودیت مربوط به استفاده/ واگذاری اطلاعات پرونده بیمار تا زمانی مصداق دارد که هویت بیمار از طریق شناسه های هویتی (نام بیمار، کد ملی، شماره پرونده، آدرس، شماره تلفن، تاریخ مراجعه یا ترخیص و ...) قابل شناسایی باشد. بدیهی است در صورتی که تدابیر لازم به منظور مخفی نمودن اطلاعات هویتی بیمار (de-identification) از سوی مرکز ارائه دهنده خدمت (بیمارستان) اعمال گردد، محدودیت مورد اشاره مصداق نداشته و اطلاعات بالینی قابل به اشتراک گذاری می باشند.

• **سطوح دسترسی:** در راستای حفظ امنیت اطلاعات بیمار^۱، سطوح دسترسی به اطلاعات پرونده تعیین و کنترل می گردد. تعیین سطح دسترسی به پرونده به معنای سازوکار مجاز نمودن کاربران جهت دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشد. پس از تایید حساب کاربری^۲ اجازه دسترسی بر حسب سطوح تعریف شده برای کاربران مختلف صادر می شود^۳. در واقع در فرایند تعیین سطوح دسترسی، این که کدام کاربر مجاز به چه اطلاعاتی از پرونده بیمار دسترسی داشته باشد مشخص می گردد. رویکردهای مختلفی به منظور تعیین سطح دسترسی موجود می باشد. در سند حاضر، از میان رویکردهای مذکور، رویکرد کنترل دسترسی مبتنی بر نقش (RBAC)^۴ به دلیل انعطاف آن مورد استفاده بوده است. در این رویکرد کاربران مختلف بر حسب نقش های خود گروه بندی شده و برای هر نقش میزان دسترسی به انواع اطلاعات بیمار تعیین می گردد.

• **نقش ها:** منظور از نقش ها در سند حاضر، گروه های مختلف کاربران مجاز به دسترسی به پرونده بیمار می باشد. این گروه بندی معمولاً براساس نوع وظایف صورت گرفته و تعیین کننده میزان و نوع دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشد. نقشهای تعریف شده در سند دسترسی به پرونده بیمار عبارتند از: پزشک معالج، پزشک مشاور، پزشک مقیم یا آنکال بیمارستان، پرستار/ ماما، سرپرستار، سوپروایزر بالینی/ آموزشی/ کنترل عفونت، متخصصان پاراکلینیک، کارشناسان واحدهای پاراکلینیک، منشی های واحدهای پاراکلینیک، متخصص/ کارشناس ارشد/ کارشناس تغذیه، رئیس بیمارستان/ مدیر عامل، مسئول فنی بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، فراگیران در سطح دستیار/ فلوشیپ/ اینترنی، دانشجویان پیراپزشکی و پرستاری/ مامایی، منشی بخشهای بالینی، دبیران کمیته های بیمارستانی، وکیل حقوقی بیمارستان، کارشناس ترخیص، کارشناس درآمد، مقوم بیمه، کارشناس صندوق، مدیر و کارشناسان امور مالی، مددکار، داروساز بالینی/ داروساز، کارشناس داروخانه، مسئول درمانگاه، مسئول بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان، کارشناس پذیرش، کارشناس مدارک پزشکی، کارشناس کدگذاری، کارشناس فناوری اطلاعات، بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه، بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر، دادگستری/ پزشکی قانونی/ کمیسیون پزشکی، سازمانهای بیمه گر، بیمار/ قیم/ نماینده قانونی، پژوهشگر، ثبت احوال، نیروی انتظامی، فرمانداری.

^۱. امنیت اطلاعات به رعایت سه مقوله محرمانگی اطلاعات، سلامت اطلاعات و در دسترس بودن اطلاعات اشاره دارد. به منظور حفظ امنیت اطلاعات بیمار لازم است تدابیری اتخاذ شود تا اطلاعات بیمار فقط در اختیار کاربران و درخواست کنندگان مجاز قرار گیرد (محرمانگی اطلاعات)، از اعمال تغییر غیرمجاز یا آسیب به اطلاعات ممانعت شده (سلامت اطلاعات) و اطلاعات مورد نیاز در هنگام نیاز در دسترس کاربران و درخواست کنندگان مجاز باشد (در دسترس بودن اطلاعات). تدابیر امنیت اطلاعات در قالب تدابیر مدیریتی، فنی و فیزیکی قابل اتخاذ می باشند.

^۲. هر یک از کاربران پرونده الکترونیک دارای نام کاربری مشخص جهت شناساندن خود به سامانه (Identification) و کار با پرونده الکترونیک می باشند. نام کاربری می تواند نام حقیقی یا کد ملی یا عبارت انتخابی کاربر باشد. رمز ورود جهت تایید هویت کاربر (Authentication) به کار می رود. به این معنی که سامانه تایید می کند کاربر مورد نظر همان کاربری است که خود را به سامانه معرفی کرده است.

^۳. علاوه بر تایید هویت کاربر در سامانه پرونده الکترونیک، لازم است میزان دسترسی کاربر مجاز به انواع اطلاعات پرونده تعیین شود (Authorization). در سند کنترل دسترسی، محدوده مجاز دسترسی به اطلاعات برای نقشهای مختلف داخل و خارج از بیمارستان مشخص شده است.

- **انواع دسترسی:** انواع دسترسی به پرونده بیمار شامل دسترسی فقط خواندنی، درج اطلاعات در پرونده، لغو اطلاعات و ویرایش اطلاعات پرونده می باشد.

الف. دسترسی فقط خواندنی^۱: عبارت است از دسترسی در حد مشاهده اطلاعات اعم از اطلاعات جداول پایه ای سیستم یا پرونده الکترونیکی بیمار بدون امکان درج، ویرایش و لغو اطلاعات با نام کاربری و کلمه عبور منحصر به فرد در HIS.

ب. درج اطلاعات^۲: به طور کلی سه نوع درج در سامانه اطلاعات بیمارستان/ پرونده الکترونیکی بیمار مطرح می باشد:

۱. درج اطلاعات پرونده الکترونیکی: عبارت است از ورود یا تایید اطلاعات مرتبط با پرونده الکترونیکی بیمار توسط افراد مجاز به ثبت اطلاعات با نام کاربری و کلمه عبور منحصر به فرد در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS).
۲. ایجاد جدول/اطلاعات پایه ای سیستم: ایجاد جدول/اطلاعات پایه شامل تعریف پارامترها، جداول پایه و تنظیمها مربوط به عملکرد HIS (ایجاد جداول پایه ای پایگاه داده سیستم نظیر پزشکان و کارکنان، بخش، تخت، خدمات مرتبط با پرونده و ...؛ تعاریف شیوه محاسبه عملیات های مرتبط با پرونده و ..) می باشد. این دسترسی تنها در اختیار کارشناس مقیم/ غیرمقیم شرکت ارایه دهنده و پشتیبان HIS می باشد.

۳. تعریف محتوی جداول /اطلاعات پایه ای سیستم: درج محتوا و مقادیر مجاز برای یک جدول پایه ای در زیر سیستم های HIS توسط مسئولین هر واحد امری اجتناب ناپذیر است، از این موارد می توان به تعریف مقادیر مجاز برای یک خدمت، دوز مصرفی دارو یا واحد کالا، نرمال رنج آزمایش، تعریف قرارداد کاری پزشکان و کارکنان یا محتوای گزارشات آماده و ... اشاره نمود. این سطح دسترسی بر اساس نیاز و حجم بالای تغییرات باید در اختیار مسئولین هر واحد قرار گرفته که شامل ایجاد جداول پایه ای در HIS نمی باشد. (ورود محتوی انواع کدهای استاندارد و ابلاغی وزارت بهداشت می تواند با همکاری شرکت پشتیبان به صورت اتوماتیک به بانک اطلاعاتی بیمارستان صورت پذیرد).
- تبصره: در مواردی که مسئول واحدهای کلینیکی، پاراکلینیکی، مالی و ... از نظر فنی توانایی مدیریت محتوی اطلاعات جداول پایه ای زیر سیستم واحد خود را دارا نباشد، این امر با نظر ریاست بیمارستان به شرکت پشتیبان یا ناظر اجرایی HIS سپرده می شود.

ج. لغو اطلاعات^۳: سه نوع لغو اطلاعات در ارتباط با اطلاعات پرونده بیمار مطرح می باشد:

۱. لغو اطلاعات پرونده الکترونیکی: توقف دستور یا اقدام/ گزارش درج شده در پرونده الکترونیکی بیمار که پیش تر توسط مستند ساز مجاز (User) در HIS درج و ذخیره گردیده است. این عمل باید به همراه ذکر علت لغو و در صورت لزوم ایجاد دستور یا اقدام/ گزارش جدید می باشد.

1. Read only

2. Insert

3. Cancel

تبصره ۱: پس از اینکه مستند ساز مجاز دستور یا اقدام / گزارش پیشین خود را عمل لغو نمود، HIS می بایست به صورت هوشمند علاوه بر متمایز نمودن آن بصورت رنگ یا ظاهر گرافیکی متفاوت، نسبت به رد گیری اطلاعات لغو شده و نگهداری نام کاربر لغو کننده و عدم اثر بخشی عملیات لغو شده در زیر سیستم ها و محاسبات اقدام نماید. (رویدادنگاری- های لازم جهت ثبت اطلاعات لغو شده با ذکر مستندساز، زمان و تاریخ و عملیات صورت پذیرفته انجام گیرد. در صورت نیاز اسناد و فرم های اصلاحیه لازم در برنامه HIS صادر گردد).

تبصره ۲: هیچگونه سطح دسترسی تحت عنوان حذف و پاک کردن اطلاعات بعد از درج در پرونده الکترونیک بیمار یا ایجاد جداول پایه HIS یا درج محتوای جداول پایه HIS قانونی نمی باشد.

تبصره ۳: در صورت نیاز به لغو تنظیمات منقضی شده در جداول یا محتوی آنها باشد، تنها با تایید ناظر فنی و اجرایی HIS و توسط شرکت پشتیبان صورت می پذیرد.

۲. لغو جداول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از عدم نمایش یا غیرفعال نمودن جداول / اطلاعات پایه ای که پیش تر توسط کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS درج و ذخیره گردیده است.

۳. لغو محتوای جداول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از عدم نمایش یا غیرفعال نمودن محتوی جداول پایه ای سیستم که پیش تر توسط مسئولین هر واحد در HIS درج و ذخیره گردیده است. این دسترسی شامل لغو جداول پایه ای در HIS نمی شود.

د. ویرایش اطلاعات^۱: سه نوع ویرایش اطلاعات در ارتباط با اطلاعات پرونده مطرح می باشد:

۱. ویرایش اطلاعات پرونده الکترونیک بیمار: عبارت است تغییر اطلاعات پرونده الکترونیک بیمار که پیش تر توسط مستند ساز مجاز در HIS ذخیره گردیده است.

۲. ویرایش جدول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از تغییر جداول پایه ای HIS که پیش تر ذخیره گردیده است. این فرآیند می بایست همراه با سازوکاری قانونی، ذکر دلیل و تنها توسط کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS با نظارت ناظر اجرایی HIS امکان پذیر باشد.

۳. ویرایش محتوای جداول / اطلاعات پایه ای سیستم: عبارت است از تغییر محتوای جداول پایه ای HIS که پیش تر ذخیره گردیده است. این فرآیند می بایست همراه با سازوکاری قانونی توسط مسئول واحد مربوطه، ناظر اجرایی HIS یا کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS امکانپذیر می باشد.

نکته: لازم است تاریخچه^۲ تمامی فعالیت های کاربران شامل درج، ویرایش، لغو و مشاهده خروجی ها و پرینت همراه با نام کاربری به طور خودکار در سیستم ثبت و طبق ضوابط نگهداری گردد. لاگ تغییرات هر پرونده به خود پرونده الکترونیک الصاق شده و زمان نگهداری آن بر اساس زمان قانونی نگهداری پرونده می باشد.

۱. Edit

۲. Log

- **زمان دسترسی:** منظور از زمان دسترسی، حداکثر زمان دسترسی کاربران مجاز به محتوای پرونده بیمار می باشد.
- **جدول و اطلاعات پایه سامانه:** عبارت است از پارامترها، جداول پایه و تنظیمهای مربوط به عملکرد HIS که بر اساس تعاریف مشخص بر روی عملکرد HIS و پرونده الکترونیکی اثر گذار می باشند (جداول پایه ای پایگاه داده سیستم نظیر پزشکان و کارکنان، بخش، تخت، خدمات مرتبط با پرونده (کاربران، نقش ها و سطوح دسترسی کلیه سیستم های کدگذاری و ترمینولوژی های استاندارد نظیر انواع تشخیص، کدهای ICD¹، اقدامات، CPT²، کدینگ دارو، کدهای IRC، ژنریک، ارزش نسبی خدمات RVU، سیستم های استاندارد تعریف شده در سامانه مکسا وزارت بهداشت) و ...؛ تعاریف شیوه محاسبه عملیات های مرتبط با پرونده و ...).
- **محتوی جداول/اطلاعات پایه ای سیستم³:** عبارت است از محتوا و مقادیر مجازی که یک جدول پایه ای نظیر (نام پزشک یا کارکنان، شکل خدمت، دوز مصرفی دارو یا واحد کالا، نرمال رنج آزمایش یا محتوای گزارشات آماده، ...) می تواند دارا باشد. محدوده مقادیر سیستم های استاندارد و کدگذاری های تعریف شده در سامانه مکسا وزارت بهداشت.
- **ناظر فنی ستادی HIS:** منظور از ناظر فنی ستادی HIS در سند سطح دسترسی به اطلاعات پایه ای سامانه، پرسنل رسمی یا قراردادی شاغل در دفتر آمار و فناوری اطلاعات ستاد سازمان/ دانشگاه با حداقل مدرک کارشناسی ارشد مهندسی کامپیوتر یا فناوری اطلاعات سلامت یا انفورماتیک پزشکی با حداقل ۵ سال سابقه کاری در دفتر آمار و فناوری اطلاعات ستاد دانشگاه یا بیمارستان می باشد. وظیفه اصلی این جایگاه نظارت فنی بر قراردادهای پشتیبانی HIS، نظارت بر عملکرد ناظر اجرای HIS در خصوص تعامل با شرکت پشتیبان در جهت پیشبرد بهتر فرآیند پشتیبانی از HIS، دریافت درخواست های ارتقاء و پشتیبانی نرم افزار از جانب بیمارستان های تابعه و پس از کارشناسی و تحلیل فنی، انتقال به شرکت پشتیبان برای اعمال در قراردادهای جدید پشتیبانی می باشد.
- **ناظر اجرایی HIS:** منظور از ناظر اجرایی HIS در سند سطح دسترسی به اطلاعات پایه ای سامانه، پرسنل رسمی یا قراردادی بیمارستان با حداقل مدرک کارشناسی مهندسی کامپیوتر یا فناوری اطلاعات سلامت یا انفورماتیک پزشکی با حداقل ۳ سال سابقه کاری در واحد فناوری اطلاعات بیمارستان. وظیفه اصلی این ناظر پیاده سازی HIS، مدیریت سیستم HIS و کاربران آن و دریافت درخواست های ارتقاء و پشتیبانی نرم افزار از جانب واحد های تابعه بیمارستان و پس از کارشناسی و تحلیل فنی، انتقال به شرکت پشتیبان می باشد. نظارت بر عملکرد مناسب نیروهای ارائه دهنده خدمات شرکت نیز از وظایف اصلی ناظر اجرایی HIS بیمارستان می باشد.
- **کارشناس مقیم/غیرمقیم شرکت پشتیبان HIS:** منظور از کارشناس شرکت پشتیبان سامانه در سند سطح دسترسی به اطلاعات پایه ای سامانه، نیروی انسانی مستخدم شرکت طرف قرارداد پشتیبانی HIS با سازمان/ بیمارستان، برای انجام امور پشتیبانی نرم افزاری در بیمارستان می باشد.
- **مقوم بیمه:** منظور از مقوم بیمه در سند حاضر، کارشناسان ناظر سازمان های بیمه گر می باشد.

¹ .International Classification of Diseases

² . Current Procedural Terminology

³ . System setting

- **پورتال استعلام‌های مرکز:** سامانه ای نرم افزاری تحت وب که بر بستر شبکه امن (SSL,HTTPS,...) توسط شرکت توسعه دهنده نرم افزار HIS طرف قرارداد با بیمارستان طراحی و پیاده سازی می گردد. این سامانه به صورت هوشمند میان افزاری بین کاربر و سیستم HIS برای دریافت خروجی های مورد درخواست واحد های برون سازمانی و بیمار می باشد. کاربران پس از دریافت شناسه (نام کاربری و رمز ورود) خود از بیمارستان می توانند صفحه مورد درخواست خود را مشاهده نمایند. مدیریت کنترل دسترسی و ارائه شناسه به عهده مسئول HIS بیمارستان با همکاری مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت می باشد.

◀ فصل اول: ضوابط کلی و دستورالعمل ارایه اطلاعات پرونده بیمار

۱. نگهداری و حفاظت از پرونده پزشکی بیمار (کاغذی یا الکترونیکی) از تعهدات بیمارستان محسوب می‌شود. در حالی که اطلاعات پرونده متعلق به شخص بیمار و در واقع جزء حریم شخصی وی محسوب شده و بهره برداری از آن‌ها به جز در مواردی که به منظور درمان خود بیمار یا پرداختهای مرتبط با مراقبت ارایه شده به وی، پیگیری‌های قانونی و قضایی، ارزیابی-های مربوط به حوزه سلامت، یا در ارتباط با برنامه‌های مرتبط با سلامت همگانی یا در موارد تهدید جدی برای سلامت عمومی استفاده شوند منوط به اجازه کتبی بیمار می‌باشد.

۲. در تمام مراکز بیمارستانی فارغ از نوع کاربری (آموزشی یا غیرآموزشی) یا وابستگی آن‌ها (دانشگاهی، خصوصی، خیریه و وابسته به سایر نهادها) لازم است در هنگام پذیرش، اجازه گیرنده خدمت یا نماینده قانونی او در خصوص استفاده از اطلاعات پزشکی مستند شود (اجازه نامه پشت فرم پذیرش). لازم است قبل از اخذ اجازه کتبی، به صراحت برای بیمار یا نماینده قانونی وی توضیح داده شود که اخذ این اجازه تنها به منظور رعایت حق بیمار از لحاظ حفظ حریم شخصی وی بوده و عدم اجازه در این خصوص تاثیری بر ارایه خدمت به بیمار نخواهد داشت.

- تبصره: پذیرش در بیمارستان‌های آموزشی درمانی به منزله رضایت از بهره برداری و استفاده از اطلاعات نبوده و بیمارستان ملزم به رعایت بند فوق می‌باشد.

۳. در صورت درخواست کتبی بیمار^۱ با سن بالای هجده سال، ارایه کپی یا تصویر کلیه فرم‌ها و اطلاعات پزشکی بیمار، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی، به همراه اصل تمام کلیشه‌ها و گرافی‌ها؛ پس از کنترل و برابر اصل نمودن الزامی است. در مورد بیماران زیر هجده سال، محجورین یا بیمارانی که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود هوشیاری ندارند (اغما، وضعیت های سایکوز، جنون و ...)، ارایه کپی / تصویر محتوای پرونده غیر روان بیمار، به درخواست ولی یا نماینده قانونی بیمار مجاز می‌باشد.

- تبصره ۱: تحویل پرونده بیماران روان، صرفاً در پاسخ به پیگیری‌های قضایی یا قانونی مجاز است.
- تبصره ۲: در صورت فوت بیمار، نماینده قانونی و وراثت به شرط داشتن گواهی انحصار وراثت مشمول این بند خواهند بود.

۴. تحویل یک نسخه خوانا از فرم خلاصه پرونده در زمان ترخیص به کلیه بیماران حتی بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می‌کنند الزامی می‌باشد. در مورد بیماران کودک، روانی یا محجور تحویل خلاصه پرونده به ولی یا نماینده قانونی بیمار بلامانع می‌باشد.

- تبصره: تحویل خلاصه پرونده به همراهان بیمار مجاز نمی‌باشد.

۵. در زمان انتقال بین بیمارستانی بیمار جهت ادامه درمان، نسخه اصل یا اول فرم اعزام واجد مهر و امضای اصل پزشک معالج به همراه تصویر اوراق مهم پرونده باید همراه بیمار منتقل گردد. اصل پرونده بیمار به همراه نسخه دوم فرم اعزام (اصل یا کاربن) بصورت خوانا و مهیور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد.

^۱ بیمارانی که ترخیص شده از بیمارستان یا بیماران سرپایی

۶. در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار شده (سقوط بیمار از تخت - قطع عضو نابجا - عدم شناسایی بیمار - استفاده نابجا از گازهای طبی - تزریق خون اشتباه و ...)، و مرگهای مشکوک حین بستری بیمار؛ بلافاصله باید با قید تاریخ و ساعت دقیق واقعه، تصویر تمام اوراق پرونده تهیه و با ذکر تاریخ و ساعت دقیق کپی برداری بر روی نسخه کپی، برابر اصل شده و تا زمان بررسی حادثه در محل امن جهت هر گونه داوری یا بررسی بعدی به عنوان نسخه ایمن پرونده نگهداری شود. ضبط و نگهداری نسخه ایمن پرونده با مسئولیت رییس بیمارستان است.
۷. لازم است تمام ثبوتات پرونده پزشکی بیمار به هنگام بوده و از ارسال مجدد اصل پرونده بیماران فوتی و اعزام شده؛ به بخش درمانی مربوطه تحت عناوینی از قبیل تکمیل گزارشات و ... اکیداً اجتناب گردد.
۸. لازم است تمهیدات لازم به منظور صیانت از پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) در برابر دسترسی/استفاده/واگذاری به افراد غیر مجاز لحاظ شود. به منظور انتقال پرونده بیمار بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده شود. خروج پرونده های بیماران از بخش ها توسط همراهان بیمار ممنوع است.
۹. لازم است برای هر گونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده، فرم درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضاء درخواست کننده، ضمیمه پرونده گردد. رایاه اطلاعات منوط به بررسی درخواست و تایید نهایی مسئول بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد.
۱۰. اطلاعات پرونده ممکن است در فرمت کاغذی یا الکترونیک در اختیار افراد یا سازمان های درخواست کننده مجاز قرار گیرد. اطلاعات الکترونیک در قالب لوح فشرده یا از طریق پورتال استعلام مرکز و در فرمتهای معین از جمله pdf، tiff، jpeg و DICOM و ... قابل رایاه می باشد.
- رایاه اطلاعات از طریق پورتال مرکز تا زمان ابلاغ کشوری الزامی نبوده و با رعایت استانداردهای امنیت اطلاعات به صورت اختیاری قابل اجرا می باشد .
۱۱. لازم است بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان پیگیری های لازم جهت بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی را به صورت روزانه یا حداکثر هفتگی انجام دهد. بدیهی است خروج نسخه کاغذی پرونده از بایگانی صرفاً جهت درخواستهای داخلی تصریح شده در دستورالعمل سطح دسترسی مجاز می باشد.
۱۲. رایاه هر گونه اطلاعات و ارسال تصاویر اسناد با مهر "برابر اصل" با درخواست کتبی سازمانهای ذیصلاح (سازمانهای بیمه گر، نظام وظیفه، پزشکی قانونی و...) امکانپذیر می باشد.
۱۳. رایاه پرونده به بستگان و همراهان بیمار به جز سرپرستان قانونی وی جهت ملاحظه و یا تهیه تصویر و رونوشت ممنوع می باشد.
- تبصره: در مواردی که بیمار فرم اجازه رایاه کپی مدارک بالینی را تکمیل نموده باشد، افراد معرفی شده از طرف بیمار می توانند با مراجعه به بیمارستان با رایاه اصل صورتحساب و تکمیل فرم درخواست، کپی مدارک بالینی بیمار را دریافت نمایند.
۱۴. رایاه اطلاعات هویتی بیماران در رویه های جمع آوری یا ثبت داده (براساس محتوای پرونده بیمار) ممنوع می باشد.
۱۵. پرونده بالینی از مهمترین منابع آموزش، تحقیقات بالینی و مطالعات اپیدمیولوژیک محسوب می شود. با این حال، رایاه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات و آموزش پزشکی، با اجازه کتبی و بلاشرط بیمار در زمان مقتضی (موضوع بند ۲) مجاز می باشد.

- تبصره ۱: رضایت بیمار در خصوص اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی، فقط در خصوص اطلاعات بالینی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار بوده و افشای هویت بیمار (از طریق شناسه های هویتی) در هیچ یک از مراحل پژوهش مجاز نمی باشد.
- تبصره ۲: لازم است بیمارستان، تمهیدات لازم را در خصوص رعایت حق بیمار از لحاظ حفظ حریم شخصی و عدم افشای اطلاعات هویتی وی در خلال تحقیقات لحاظ نماید. هم چنین لازم است قبل از واگذاری اطلاعات، تمهیدات پژوهشگر در این خصوص بررسی و تاییدیه کمیته اخلاق در این رابطه اخذ شده باشد. در این رابطه، امضای تعهد نامه حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر مسئول الزامی می باشد.

◀ فصل دوم: سطح دسترسی به محتوای پرونده پزشکی بیمار

در این فصل و در راستای ارتقای امنیت اطلاعات پرونده بیمار، سطوح دسترسی به محتوای پرونده پزشکی بیمار تعیین شده است. در واقع در این بخش، این که کدام نقشهای درون و برون سازمان مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار می باشند و نوع، میزان و زمان دسترسی آنها مشخص شده است. رویکرد منتخب جهت تعیین سطوح دسترسی به پرونده پزشکی، رویکرد مبتنی بر نقش بوده است. در این رویکرد کاربران مختلف بر حسب نقش های خود گروهبندی شده و برای هر نقش میزان دسترسی به انواع اطلاعات بیمار تعیین می گردد.

در تدوین سند حاضر، دسترسی به انواع پرونده شامل پرونده های بستری و درمانگاهی در قالب کاغذی و الکترونیک مورد توجه بوده است.

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش							سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
پزشک معالج	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان صرفاً در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار*	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک معالج و تایید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار پزشک معالج قرار می‌گیرد.	✓	تا زمان ترخیص بیمار
پزشک مشاور	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت مشاوره در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	✓	تا زمان تایید نهایی	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک مشاور و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت مشاوره جهت بررسی در موضوع مورد مشاوره در اختیار پزشک مشاور قرار می‌گیرد.	✓	تا زمان ترخیص بیمار
پزشک مقیم یا آنکال	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بخش	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	تا پیش از تایید توسط پزشک معالج	تا زمان ترخیص بیمار	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک معالج و تایید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد.	✓	تا زمان ترخیص بیمار
* در صورت تکمیل فرم ترخیص با میل شخصی، دسترسی صرفاً به فرم خلاصه پرونده جهت ثبت اطلاعات توسط پزشک حداکثر تا یک هفته پس از ترخیص بیمار									

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش							سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
پرستار / ماما	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مراقبت در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	آخرین گزارش ثبت شده و تا پایان همان شیفت کاری	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×
سرپرستار	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت مراقبت در بخش مربوطه	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار
سوپروایزر بالینی / آموزشی / کنترل عفونت	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بیمارستان	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار
منشی بخش بالینی	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان در بخش مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	آخرین درخواست در هر گروه خدمتی تا قبل از تأیید انجام آن	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (۱۴۰۴)

نقش ها		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
کارشناسان واحدهای پاراکلینیک	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×
منشی های واحدهای پاراکلینیک	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	×	×
متخصصان پاراکلینیک	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان در بیمارستان	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ثبت گزارش در سیستم	با تکمیل فرم درخواست و تأیید رئیس بیمارستان	کل پرونده	تا زمان ثبت گزارش در سیستم
متخصص / کارشناس ارشد / کارشناس تغذیه	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	✓	تا زمان ترخیص

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی/ الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (۱۴۰۴)

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک				زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات				
رئیس بیمارستان / مدیر عامل	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش‌ها	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	✓	✓	تا زمان ترخیص
مسئول فنی بیمارستان	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش‌ها	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	باتکمیل فرم درخواست تا پایان همان شیفت کاری	✓	تا زمان ترخیص
مدیر بیمارستان	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش‌ها	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار
مدیر پرستاری	دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخش‌ها	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
نقش‌ها	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیکی				زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات			
فراگیران گروه پزشکی در سطح دستیار و فلوشیپ مربوطه	دسترسی کامل به پرونده بیماران بخش آموزشی مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	✓	تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد. **
سایر فراگیران پزشکی (غیر از دستیار و فلوشیپ)	دسترسی کامل به پرونده بیماران بخش آموزشی مربوطه	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می‌گیرد.
دانشجویان پرستاری، مامایی یا پیراپزشکی در حال آموزش در مراکز آموزشی	×	×	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط مسئول مربوطه و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت اهداف آموزشی در اختیار قرار می‌گیرد.
* بدیهی است تمام دستورات درج شده توسط دستیار و فلوشیپ مطابق قوانین آموزشی باید به تائید پزشک معالج (اتند) برسد. ** در ساعات غیر اداری و ایام تعطیل یا مرخصی مسئول واحد مدیریت اطلاعات، تائید توسط جانشین وی صورت پذیرد.								

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیکی) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش							سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیکی (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
پذیرش	×	×	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	در صورت عدم ارائه وثبت هرنوع خدمت	تا پایان همان شیفت کاری	×	×	×
کدگذار	دسترسی کامل به پرونده بیماران	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	✓	×	تا زمان ثبت کدهای تشخیص و اقدامات در سیستم	با تکمیل فرم درخواست و تائید مسئول مدیریت اطلاعات	✓	تا پایان شیفت کاری
کارشناس مدارک پزشکی	دسترسی کامل به پرونده بیماران	✓	×	×	×	نامحدود	دسترسی کامل به پرونده سوابق بیماران ترخیص شده جهت پاسخ‌گویی به درخواستها بر اساس ضوابط	✓	نامحدود
مسئول واحد مدیریت اطلاعات *	دسترسی کامل به پرونده بیماران	✓	×	اطلاعات هویتی و دموگرافیک	در صورت عدم ارائه وثبت هرنوع خدمت	نامحدود	دسترسی کامل	✓	نامحدود
کارشناس IT	×	✓	×	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	×	✓	✓
* در شیفت‌های عصر و شب و تعطیلات از طریق تفویض اختیار به سر شیفت پذیرش									

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش							سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
واحد ترخیص	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	✓	فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	×	×	تا زمان ارسال فیزیکی و الکترونیکی پرونده به کارشناسان ناظر سازمان بیمه گر	×	×	×
واحد درآمد	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	✓	در فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	در فیلدهای مالی پس از بررسی و در صورت نیاز، اصلاح اطلاعات در HIS	در فیلدهای مالی	تا تکمیل بررسی توسط سازمان های بیمه گر و ارسال سطح دو صورتحساب توسط کارشناس ناظر بیمه نهایتاً تبدیل پرونده به پرونده بایگانی و سند	×	×	×
مقوم بیمه	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	✓	×	×	×	تا زمان انجام بررسی و اعمال کسور احتمالی در پرونده الکترونیک و پرینت سطح دو صورتحساب	×	×	×
صندوق	×	×	صرفاً تأیید مبلغ قابل پرداخت یا بازپرداختی	×	×	×	×	×	×
مدیر و کارشناس امور مالی	×	×	×	×	×	×	×	×	×

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک				زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات				
دبیر کمیته های بیمارستانی (اخلاق، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، عفونت و ...)	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت بررسی در کمیته	✓	×	×	×	×	با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی	✓	به مدت یک هفته
وکیل حقوقی بیمارستان	×	✓	×	×	×	×	با درخواست کتبی وکیل حقوقی بیمارستان به همراه ذکر علت درخواست، و تأیید رییس بیمارستان / مسئول فنی، کپی پرونده‌ها در اختیار قرار می‌گیرد	✓	به مدت یک هفته
مددکار	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	×	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تأیید مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	✓	تازمان ترخیص

جدول ۱-۱-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش						سطح دسترسی به سوابق (پرونده) مراجعات قبلی بیمار تحت درمان در بخش	
		پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک				زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی از نوع فقط خواندن)	زمان دسترسی
			فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات			
داروساز بالینی / داروساز	دسترسی کامل به پرونده بیمار تحت درمان	✓	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (پیوست ۱)	×	×	تا زمان ترخیص بیمار	✓	با تکمیل فرم درخواست پرونده و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
کارشناس داروخانه	×	×	×	پاسخ دهی درخواست یا تایید بازگشت دارویی	×	×	×	×	×

جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی/ الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				درخواست کننده‌ها
زمان عودت	پرونده الکترونیک		پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال استعلام مرکز							
-	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به سوابق کلیه بیماران جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات و در صورت لزوم اخذ کپی برابر اصل از پرونده	با ارائه معرفی نامه یا حکم ماموریت	تا پایان ماموریت	دسترسی به پرونده کلیه بیماران بستری در بخش جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات (فقط خواندن)	دسترسی به پرونده کلیه بیماران بستری در بخش جهت اهداف نظارتی و رسیدگی به شکایات	با ارائه معرفی نامه یا حکم ماموریت	بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه
-	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به کپی پرونده جهت ادامه درمان	با نامه رسمی و اجازه بیمار	×	×	×	×	بیمارستانها و مراکز درمانی دیگر

جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				درخواست کننده ها
زمان عودت	پرونده الکترونیک		پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	
	از طریق پورتال استعلام	ارائه لوح فشرده							
حداکثر دو هفته از تاریخ ارسال پرونده، در صورت نیاز مجدد، درخواست تمدید مدت قبل از سررسید دو هفته به دانشگاه ارسال گردد. حداکثر تعداد درخواست تمدید دو بار	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به کپی برابر اصل و در صورت لزوم اصل پرونده بر اساس نوع درخواست	با نامه رسمی	تا زمان ترخیص	فقط خواندن	دسترسی به کپی برابر اصل پرونده	با ارسال نامه رسمی	دادگستری / پزشکی قانونی / کمیسیون پزشکی
-	در صورت درخواست در قالب CD ارسال می-گردد	فقط خواندن و اخذ پرینت	دسترسی به اصل پرونده جهت بررسی و تأیید بیمه بیمار، توسط کارشناسان مقیم سازمانهای بیمه گر در بیمارستان و در صورت نبود کارشناس مقیم دسترسی به کپی پرونده جهت بازپرداخت و دریافت غرامت دستمزد (از کار افتادگی) با نامه رسمی و تأیید رییس بیمارستان	دسترسی کامل به پرونده های بیمه شدگان تحت پوشش	×	×	×	×	سازمانهای بیمه گر

جدول ۲-۱-۲- سطح دسترسی "برون سازمانی" به پرونده بستری بیمار (کاغذی / الکترونیک) بر حسب نقشهای مختلف سازمانی (ادامه)

سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش					سطح دسترسی به پرونده بیمار تحت درمان در بخش				درخواست کننده-ها
زمان عودت	پرونده الکترونیک		پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیک	پرونده کاغذی	نحوه دسترسی	
	ارائه لوح فشرده	از طریق پورتال استعلام مرکز							
-	در صورت درخواست در قالب CD	با مراجعه حضوری و احراز هویت فقط خواندن و اخذ پرینت	کپی پرونده بدون مهر برابر اصل در اختیار بیمار/ نماینده قانونی قرار می گیرد	مراجعه حضوری و درخواست کتبی	تا پایان ترخیص	فقط خواندن	دسترسی به کپی پرونده	با درخواست کتبی بیمار یا نماینده قانونی و تایید پزشک معالج	بیمار/قیم/نماینده قانونی
-	-	فقط خواندن	مطالعه پرونده در محل بایگانی بیمارستان بدون اجازه کپی یا عکسبرداری	با معرفی نامه از معاونت پژوهشی، آموزشی یا درمان دانشگاه مربوطه و اخذ کد اخلاق	تا پایان ترخیص	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار(صرفا خواندن)	دسترسی به پرونده بیماران مربوط به پژوهش با رضایت بیمار(صرفا خواندن)	با معرفی نامه از معاونت پژوهشی، آموزشی یا درمان دانشگاه مربوطه	پژوهشگر
پاسخگویی کامل به استعلام ها					×	×	×	×	ثبت احوال
پاسخگویی کامل به استعلام ها					×	×	×	×	نیروی انتظامی (نظام وظیفه، آگاهی، کلاتری)
پاسخگویی کامل به استعلام ها					×	×	×	×	فرمانداری

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه						سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار	
	پرونده کاغذی درمانگاهی	فقط خواندن	پرونده الکترونیکی			زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیکی (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی
			درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات				
پزشک/متخصص/ فوق تخصص	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	✓	عناصر اطلاعاتی مرتبط (شکایت بیمار، شرح حال، نتایج معاینات فیزیکی، تشخیص، نسخه دارویی/ درخواست خدمت پاراکلینیک، نتیجه ویزیت (مراجعه بعدی بیمار، بستری و ...))	×	✓	تا پایان ویزیت (پس از ذخیره نتایج معاینه پزشک)	✓	✓	تا پایان ویزیت
ارایه دهنده خدمت پاراکلینیک (کارشناس/ کارشناس ارشد/ متخصص)	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	✓	تایید یا رد خدمت درخواست شده و ثبت گزارش خدمت	×	✓	پس از ذخیره گزارش خدمت درمانگاهی یا پاراکلینیکی	✓	✓	تأیید خدمت

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش ها		سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه							سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار		
		پرونده کاغذی درمانگاهی	پرونده الکترونیکی				زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی	
			فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات					
مسئول درمانگاه	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت معاینه در درمانگاه تخصصی	✓	×	×	آخرین درخواست از هر گروه خدمتی، در صورت تایید لغو خدمت توسط ارایه دهنده خدمت *	تا پایان ویزیت بیمار	×	×	×	×	
	رئیس بیمارستان / مدیر	دسترسی کامل به پرونده بیمار	✓	×	×	×	تا پایان ویزیت بیمار	✓	✓	تا پایان ویزیت بیمار	
* آخرین درخواست (ویزیت، خدمات پاراکلینیک و ...)											

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار			سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه					نقش‌ها	
زمان دسترسی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	پرونده کاغذی	زمان دسترسی	پرونده الکترونیکی					پرونده کاغذی درمانگاهی
				لغو اطلاعات	ویرایش اطلاعات	درج اطلاعات	فقط خواندن		
×	×	×	تا پایان همان شیفت کاری	×	✓ به استثنای اطلاعات هویتی بیمار	عناصر اطلاعاتی مرتبط با پذیرش	✓	دسترسی کامل به پرونده مراجعه کنندگان به درمانگاه	پذیرش درمانگاه
نامحدود	✓	دسترسی کامل	نامحدود	×	اطلاعات هویتی و دموگرافیک	×	✓	دسترسی کامل به پرونده بیماران	مسئول واحد مدیریت اطلاعات
×	×	×	نامحدود	×	×	×	✓	×	IT

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش‌ها	سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه							سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار	
	پرونده کاغذی درمانگاهی	فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات	زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی
واحد درآمد	دسترسی کامل به پرونده بیماران تحت درمان	✓	در فیلدهای مالی، بدون تغییر در اطلاعات بالینی پرونده پزشکی	در فیلدهای مالی پس از بررسی و در صورت نیاز، اصلاح اطلاعات در HIS	در فیلدهای مالی	تا تکمیل بررسی توسط سازمان های بیمه گر و ارسال سطح دو صورتحساب توسط کارشناس ناظر بیمه نهایتاً تبدیل پرونده به پرونده بایگانی و سند	×	×	×
صندوق	×	×	صرفاً تأیید مبلغ قابل پرداخت یا بازپرداختی	×	×	×	×	×	×
مدیر/کارشناس امور مالی	×	×	×	×	×	×	×	×	×

جدول ۲-۲- سطح دسترسی "درون سازمانی" به پرونده درمانگاهی بیمار

نقش‌ها		سطح دسترسی به پرونده درمانگاهی بیمار تحت ویزیت در درمانگاه						سطح دسترسی به سوابق مراجعات قبلی بیمار	
	پرونده کاغذی درمانگاهی	پرونده الکترونیکی				زمان دسترسی	پرونده کاغذی	پرونده الکترونیک (دسترسی فقط خواندن)	زمان دسترسی
		فقط خواندن	درج اطلاعات	ویرایش اطلاعات	لغو اطلاعات				
دبیر کمیته های بیمارستانی (اخلاق، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، عفونت و سایر کمیته ها)	×	×	×	×	×	×	×	✓	(حداکثر یک هفته)
وکیل حقوقی بیمارستان	×	×	×	×	×	×	×	✓	با توجه به رایه کپی تعیین زمان جایگاهی ندارد
دانشجویان پزشکی / پیراپزشکی در حال آموزش در مراکز آموزشی درمانی	دسترسی کامل به پرونده بیمار درمانگاه بخش آموزشی مربوطه	✓	شرح حال بیمار مشروط به تأیید پزشک اتند	×	×	تا پایان ویزیت بیمار	با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط اتند یا رزیدنت ارشد مربوطه، سوابق قبلی بیمار تحت درمان جهت ادامه درمان در اختیار قرار می گیرد	✓	تا پایان ویزیت بیمار

جدول ۲-۳- سطح دسترسی به اطلاعات پایه سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS)

سطح دسترسی به تنظیمات جداول پایه				نقش
زیرسیستم مجاز یا وظایف مربوطه در خصوص HIS	فقط خواندنی	درج/ لغو محتوی اطلاعات جداول پایه HIS	درج/ویرایش/ لغو جداول و اطلاعات پایه HIS	
کلیه زیرسیستم و خروجی های HIS	✓	×	×	ناظر فنی ستادی HIS
- زیرسیستم تعریف کاربران و سطوح دسترسی - کلیه زیرسیستم و خروجی های HIS	✓	✓	×	ناظر اجرایی HIS
- زیر سیستم های مدیریت اطلاعات جداول پایه ای ، دامنه آنها و سطوح دسترسی (بعنوان همکار ناظر) به منظور پالایش تنظیمات انجام شده.	✓	×	×	مدیر بخش مدیریت اطلاعات سلامت
اعمال تغییرات در دامنه اطلاعات جداول پایه زیر سیستم مجاز تحت مدیریت نظیر تنظیمات خدمات مربوط (به عنوان مثال مسئول امور مالی و حسابداری/ درآمد/ترخیص مجاز به تعریف قرارداد پزشکان و کارشناسان در HIS، قراردادهای بیمه ای و هزینه های خدمات) در HIS در زیرسیستم مربوطه	✓	✓	×	مسئول کلیه واحدهای بیمارستانی اعم از واحدهای درآمدی / کلینیکی / پاراکلینیکی / درمانگاه/داروخانه و ...
- بانک اطلاعاتی بیمارستان (HIS-DB) - کلیه زیرسیستم های HIS - اعمال استانداردهای مصوب وزارت بهداشت	✓	✓	✓	کارشناس مقیم / غیر مقیم شرکت پشتیبان HIS

پیوست ۱: عناصر اطلاعاتی مرتبط با "درج اطلاعات" توسط هر یک از نقش ها

جدول زیر به منظور تعیین عناصر اطلاعاتی مرتبط با ستون "درج اطلاعات" توسط نقشهای مختلف در جداول "سطح دسترسی" ارائه شده است. عناصر اطلاعاتی زیر برگرفته از مجموعه عناصر اطلاعاتی تعیین شده در فرمهای استاندارد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

نقش	حیطه مستندسازی	عناصر اطلاعاتی مرتبط
پزشک معالج	شرح حال	تمام عناصر اطلاعاتی فرم شرح حال استاندارد
	سیر بیماری	عنصر اطلاعاتی "پیشرفت معالجات"
	درخواست مشاوره	درخواست مشاوره با...، نوع مشاوره، تشخیص اولیه، گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره، تایید دستورات پزشک مشاور
	شرح عمل جراحی	تشخیص قبل و بعد از عمل، نوع عمل جراحی، برداشتن نمونه، شرح عمل و مشاهدات، دستورات بعد از عمل
	مراقبت بعد از جراحی	عنصر اطلاعاتی دستورات پزشک بعد از جراحی
	دستورات پزشک	عنصر اطلاعاتی "دستورات پزشک" - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت
	گزارش رادیولوژی	نوع رادیوگرافی درخواستی، تاریخچه، علایم بالینی و تشخیص
	سیر بیماری در بخش مراقبتهای ویژه	عناصر اطلاعاتی "APACHE II score" و "SOFA score"
	ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان	تایید اطلاعات ثبت شده در فرمهای ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان استاندارد توسط کارشناس/ کارشناس ارشد/ متخصص تغذیه
	ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تایید اطلاعات ثبت شده در فرمهای ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی
	خلاصه پرونده	تمام عناصر اطلاعاتی فرم خلاصه پرونده استاندارد
	پذیرش و خلاصه ترخیص	تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی، علت خارجی، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، * در مراکز آموزشی تکمیل این عناصر اطلاعاتی ممکن است توسط اینترن یا دستیار و با تایید نهایی پزشک معالج صورت گیرد.
پزشک مشاور	گواهی فوت (بزرگسال و دوره پریناتال)	تمام عناصر اطلاعاتی گواهی فوت استاندارد
	نتیجه مشاوره	مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها) - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت

سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی "پیشرفت معالجات"	سایر پزشکان مقیم یا آنکال بیمارستان
دستورات پزشک	عناصر اطلاعاتی "دستورات پزشک" - تایید دستورات تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت	
مراقبت بیهوشی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم بیهوشی	متخصص بیهوشی
مراقبت بعد از جراحی	مایعات داخل وریدی، خون، پلاسما، گلوکز و مایعات الکترولیت، مایعات دفع شده، تعداد مایعات، مشاهدات و معالجات در زمان مراقبت، اکسیژن، از راه.....، تنفس مصنوعی، به وسیله	
عامل زایمان (ماما/ متخصص زنان و زایمان)	شرح حال مادر باردار، فرم ثبت پیشرفت زایمان، فرم پارتوگراف، فرم زایمان، فرم مراقبت پس از زایمان، فرم تزریقات سولفات منیزیم، فرم ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان	
شرح حال نوزاد بدو تولد	تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای ابلاغی * تکمیل فرم ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان ترجیحا باید توسط متخصص زنان و زایمان (پزشک معالج) باشد. در صورت تکمیل فرم توسط ماما، تایید موارد و تصمیم گیری نهایی بر عهده پزشک می باشد. ** در مراکز آموزشی درج اطلاعات این فرم ها توسط رزیدنت زنان هم مجاز می باشد.	
شرح حال نوزاد بدو تولد	عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم استاندارد شرح حال نوزاد در بدو تولد	شرح حال نوزاد بدو تولد
شرح حال نوزاد بدو تولد	عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه دوم فرم استاندارد شرح حال نوزاد در بدو تولد شامل جدول آپگار، توضیحات و احیاء. درج اثر انگشت مادر و اثر پای راست و چپ نوزاد نیز به عهده مراقب نوزاد می باشد.	
ممانعت بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد	عناصر اطلاعاتی موجود در صفحه اول فرم معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد توسط مامای مراقب نوزاد درج می شود. * درج اطلاعات صفحه اول این فرم توسط عامل زایمان نیز مجاز می باشد. ** عنصر اطلاعاتی مهر و امضای "تحويل دهنده نوزاد" توسط مامای مراقب نوزاد در اتاق عمل یا اتاق زایمان و عنصر اطلاعاتی مهر و امضای "تحويل گیرنده نوزاد" توسط مامای بخش پست پارتوم یا سرپرستار/ مسئول شیفت بخش نوزادان درج می شود.	ممانعت بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد
ممانعت بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد	عناصر اطلاعاتی بخش معاینه بدنی و بررسی های پزشک در صفحه دوم فرم معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد توسط متخصص نوزادان ثبت می شود. * در مراکز آموزشی، درج این عناصر اطلاعاتی توسط رزیدنت نوزادان هم مجاز می باشد.	

پرستار بخش	گزارش پرستار	ثبت مشاهدات پرستار *
	* در بخشهای مراقبت ویژه: ثبت تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای استاندارد بخشهای مراقبت ویژه عمومی، اطفال و نوزادان به استثنای "APACHE II score" و "SOFA score"	
	دستورات پزشک	تایید انجام دستورات پزشک در فرم دستورات پزشک
	کنترل علائم حیاتی	ثبت علائم حیاتی
		ثبت دارو، خدمات پاراکلینیک و مشاوره های درخواستی پزشک
	جذب و دفع مایعات	ثبت عناصر اطلاعاتی مرتبط با جذب و دفع مایعات
	مراقبت قبل از جراحی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد مراقبت قبل از عمل جراحی
	مراقبت بعد از جراحی	تایید انجام دستورات پزشک بعد از جراحی با ذکر مشاهدات
	ارزیابی اولیه بیمار	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی اولیه بیمار
	آموزش بیمار	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد آموزش بیمار
سرپرستار		تایید عناصر اطلاعاتی درج شده توسط پرستار و منشی بخش؛ تایید تطابق چک دستورات پزشک با دستورات، تایید مستندات مرتبط با آموزش بیمار، چک اصلاح تلفیق دارویی در دستورات پزشک، تایید مستندات مرتبط با تحویل گزارشات پاراکلینیک به بیمار
	مراقبت قبل از جراحی	تمام عناصر اطلاعاتی مرتبط با مراقبت قبل از عمل جراحی که توسط پرستار بخش درج شده توسط پرستار اتاق عمل تایید می شود. توضیحات پرستار اتاق عمل در فیلد اطلاعاتی نظریه (note) درج می شود.
پرستار/ تکنسین اتاق عمل	گزارش عمل جراحی	نام جراحی، کمک اول، کمک دوم، بیهوشی دهنده، نوع بیهوشی، نام پرستار اتاق عمل و پرستار کمک، زمانهای شروع و خاتمه عمل، نوع عمل، انطباق شمارش گازها و لوازم قبل و بعد از عمل، تایید ارسال نمونه برای آزمایشگاه
	مراقبت بعد از جراحی	ساعت ورود و خروج از ریکاوری، وضعیت عمومی، بیداری، فشار خون، نبض، تنفس، سیانوز موضعی و عمومی، رنگ پوست و حرارت پوست زمان ورود و خروج از ریکاوری
منشی بخش بالینی	---	ثبت ویزیت و درخواست دارو و خدمت در HIS
	پذیرش و خلاصه ترخیص	انتقال بیمار شامل تاریخ انتقال، به بخش، از بیمارستان به بیمارستان؛ مشاوره داشته، تعداد مشاوره و مدت اقامت بیمار
منشی بخشهای پاراکلینیک	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	ثبت خدمت پاراکلینیک انجام شده

کارشناس پاراکلینیک	واحدهای	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	گزارش خدمات پاراکلینیک
متخصص پاراکلینیک	واحدهای	گزارش رادیولوژی، آزمایشگاه و پاتولوژی و سایر فرمهای مرتبط با خدمات پاراکلینیک	ثبت گزارش خدمت، نظریه و تایید گزارش خدمات پاراکلینیک
کاردیولوژیست		گزارش الکتروکاردیوگرام	گزارش الکتروکاردیوگرام
متخصص / کارشناس ارشد/ کارشناس تغذیه		ارزیابی تغذیه ای کودکان و بزرگسالان	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تغذیه ای بزرگسالان و کودکان
داروساز بالینی		تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی	تمام عناصر اطلاعاتی فرمهای استاندارد تلفیق دارویی و ارزیابی وضعیت بیمار توسط داروساز بالینی
مددکار		ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی
		مدیریت مورد مددکاری اجتماعی	تمام عناصر اطلاعاتی فرم استاندارد مدیریت مورد مددکاری اجتماعی
پذیرش		پذیرش و خلاصه ترخیص	کدملی، نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، جنس، شماره شناسنامه، تاریخ تولد، محل تولد، محل صدور شناسنامه، مذهب، شغل، محل کار، آدرس و تلفن، همراه یا معرف بیمار، آدرس و تلفن همراه، تاریخ و ساعت پذیرش، بخش، پزشک بستری کننده، نوع پذیرش، به مرکز انتظامی اطلاع داده شد، نوع بیمه، شماره بیمه
کدگذار بیماری ها و اقدامات درمانی		پذیرش و خلاصه ترخیص	کد تشخیص های اولیه، حین درمان، نهایی و اقدامات جراحی و درمانی انجام شده
فراگیران گروه پزشکی (فلوشیپ و دستیارها)		شرح حال و سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری
		دستورات پزشک	ثبت دستورات پزشک (در خصوص دستیاران سال اول، ثبت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتند می باشد).
		مشاوره ها	ثبت مشاوره ها (در خصوص دستیاران سال اول، ثبت دستور منوط به تایید دستیار ارشد یا پزشک اتند می باشد).
		پذیرش و خلاصه ترخیص	نتایج آزمایشات و عکسبرداری ها، تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی، علت خارجی، اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، تاریخ اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص، تاریخ و ساعت فوت، علت فوت، فوت قبل/ بعد از ۲۴ ساعت
فراگیران گروه پزشکی به جز فلوشیپ و دستیارها		شرح حال و سیر بیماری	عناصر اطلاعاتی مرتبط با شرح حال و سیر بیماری مشروط به تایید دستیار ارشد

ترخیص	صورتحساب	تمام فیلدهای مالی فرم صورتحساب شامل: تغییر نوع بیمه پایه و بیمه تکمیلی، تعیین سقف بیمه مکمل برای خدمت یا دارو و لوازم خاص یا کل پرونده، اعمال طرح سلامت شهری یا روستایی، محاسبه گلوبال پرونده، محاسبه پرونده ها مطابق تعرفه جدید، تعداد و نوع ویزیت، نام پزشک ویزیت کننده، تعداد و نوع مشاوره و نام پزشک مشاوره دهنده، حق العمل جراح و کمک جراح و اعمال کدهای تعدیلی، بیهوشی و کدهای تعدیلی بیهوشی، اتاق عمل، پروسیجرها، هزینه آمبولانس، تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان، تعداد و نوع خدمات پرستاری.
درآمد	صورتحساب	تغییر درصد بیمه پایه و بیمه مکمل تغییر وضعیت انجام خدمت تعداد و نوع هتلینگ بیمارستان تعداد و نوع خدمات پرستاری. حق العمل ها
	کسورات	کسورات بیمه
صندوق	دریافت و پرداخت	مبلغ دریافتی، مبلغ استرداد، مبلغ تخفیف

منابع:

- ۱- خلاصه قانون حفظ حریم شخصی بیمار در مجموعه قوانین HIPAA
- ۲- قانون امنیت اطلاعات در مجموعه قوانین HIPAA
- ۳- استاندارد ISO/IEC 17799: 2005
4. Hung P.C.K. Towards a Privacy Access Control Model for e-Healthcare Services. Proceedings of the Third Annual Conference on Privacy, Security and Trust, 2005, The Fairmont Algonquin, St. Andrews, New Brunswick, Canada,
5. Rostad, L. Access Control in Healthcare Information Systems. Thesis for the degree of Philosophy Doctor (PhD), 2009, Trondheim.
6. Vincent S.S.A Study of Access Control for Electronic Health Records. 2015. Student Theses. 55. Accessible at <http://opus.govst.edu/theses/55>