

سنجه های اعتبار بخشی-محور فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت

معاونت درمان تربت حیدریه

Biotechsoft.blogfa.com

محور فناوری و مدیریت اطلاعات

- محور فناوری و مدیریت اطلاعات مشتمل بر ۶ استاندارد و ۲۸ سنجه می باشد.

سطح یک	سطح دو	سطح سه
16	9	3

سنجه های اعتبار بخشی در سه سطح طبقه بندی می شوند

- سنجه های سطح یک : اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان
- سنجه های سطح دو : امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستانها
- سنجه های سطح سه : امکان تحقق پایین تر و فرا تر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستانه

- سنجه های سطح سه صرفا در بیمارستان های درجه یک، یک برتر و عالی ملاک رتبه بندی است.

الف-۵-۱ سامانه اطلاعات بیمارستان با قابلیت های مورد انتظار فعال است

- الف۵-۱-۱ سامانه اطلاعات بیمارستانی گواهی ارزیابی عملکرد، مورد تائید وزرات بهداشت را اخذ نموده است.(سطح یک)
- الف -۵-۱-۲ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان پشتیبانی و ارائه اقلام اطلاعاتی مطابق ضوابط مربوط را برای بیماران فراهم مینماید.(سطح یک)

الف -۲-۱-۵ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان پشتیبانی و ارائه اقلام اطلاعاتی مطابق ضوابط مربوط را برای بیماران فراهم مینماید.(سطح یک)

- قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بستری
- قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده سرپایی
- قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده اورژانس و فرم تریاژ
- قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده مادر و نوزاد
- قابلیت پشتیبانی سامانه از نسخه اسکن شده انواع رضایت نامه ها

شواهد:

- در سیستم اطلاعات درمانگاه در پرونده سرپایی بیماران، حداقل ۳ بند اطلاعاتی مذکور در راهنما
- در سیستم اطلاعات اورژانس در پرونده اورژانس بیماران سطح ۱ و ۲ و ۳ فرم تریاژ و حداقل ۱۰ بند اطلاعاتی مذکور در راهنما به تناسب اقدامات صورت گرفته برای بیمار، و برای بیماران سطح ۴)به شرط نداشتن پروسیجر) و سطح ۵ فرم تریاژ

شواهد:

- در سیستم اطلاعات بخش بستری، در پرونده بستری مشاهده ۱۳ بند اطلاعاتی مذکور در راهنما(بند ۱ و ۲ -حداقل ۵۰ درصد از ۱۰ بند ۴ الی ۱۳)
- در سیستم اطلاعات بیمارستان در واحد مدیریت اطلاعات، در پرونده بیمار بستری ترخیص شده مشاهده بند ۳

الف۵-۱-۵ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان بازیابی اطلاعات بیماران را فراهم مینماید.

- امکان بازیابی سوابق پرونده های پزشکی
- امکان بازیابی شامل فراخوانی و مشاهده پرونده پزشکی بستری،سرپایی و اورژانس بر اساس نام و نام خانوادگی،شماره پرونده پزشکی و کد ملی بیمار
- امکان بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانس در تمام ساعات شبانه روز و ایام تعطیل
- به روز رسانی و نگهداری دائمی محتوای ایندکس اصلی بیمار

شواهد مربوط به حصول نتیجه

- بازیابی فیزیکی پرونده بستری،سرپایی و اورژانس بر اساس شماره پرونده ، نام و نام خانوادگی، و کد ملی بیمار
- وجود فرایند مدون و قابل اجراء در خصوص نحوه دسترسی به پرونده بیماران در شیفت عصر و شب و ایام تعطیل و آگاهی کلیه پزشکان و کادر درمان از فرایند دسترسی ۲۴ ساعته به پرونده بیماران.
- وجود لاگ بازیابی سوابق در سیستم و امکان رویت توسط ارزیاب

الف ۵-۱-۷سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان گزارشسازی و گزارشگیری از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیماران را فراهم مینماید.

- امکان گزارش سازی و گزارشگیری از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیماران
- امکان اخذ خروجی از هریک از فرمهای پرونده الکترونیک یا اقلام اطلاعاتی موجود در سامانه اطلاعات بیمارستان

شواهد:

- در سامانه اطلاعات اورژانس،خروجی PDFاز فرم تریاژ و در سامانه اطلاعاتی بخش بستری مشاهده خروجی PDFاز حداقل ۴ فرم پرونده بیمار(نتایج آزمایشات به عنوان فرم گزارش آزمایش مورد قبول می باشد)

الف -۸-۱-۵ سامانه های اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش سازی و گزارشگیری از انواع اطلاعات مدیریتی را فراهم مینماید.

- امکان گزارش سازی و گزارش گیری از سامانه اطلاعات بیمارستانی در خصوص آمار مراجعه و خدمات انجام شده در بخشهای مختلف بیمارستان شامل درمانگاه ها، اورژانس، بستری، اتاق عمل و بخشهای پاراکلینیک موجود می باشد.
- امکان گزارش سازی و گزارشگیری از انواع اطلاعات و ایجاد داشبوردهای مدیریتی/ مالی از سامانه اطلاعات بیمارستان
- امکان اخذ گزارشهای گرافیکی برای بررسی روند دادهها مانند روند نتایج آزمایش بیمار

شواهد:

- مشاهده اخذ گزارش از عناوین گزارشات مذکور در راهنما ، حداقل ۲ مصداق از گروه های به شرح ذیل:
- - آمار مراجعه و خدمات انجام شده
- - شاخص های مدیریت تخت
- - بار بیماریها و اعمال جراحی
- - عملکرد مالی بیمارستان و مدیریت مصرف منابع
- - گزارش های گرافیکی برای بررسی روند داده ها مانند روند نتایج آزمایش بیمار

- نرم افزار HISدارای زیر سیستم گزارش ساز پویا باشد و یا داشبورد مدیریت اطلاعات به گونه ای که ارزیاب با فیلتر اقلام داده ای بتواند گزارش جدید مورد درخواست را ایجاد نماید بدون تمهیدات و سفارش سازی شرکت پشتیبان آن را مشاهده نماید

الف-۵-۲-۱ بر اساس شیوهای مدون، ورود صحیح دادهها در سامانه اطلاعات بیمارستانی نظارت و کنترل میشود.

- تدوین روش اجرایی کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرایند
- آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی
- ارزیابی و کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی حداقل به صورت هفتگی توسط مدیران/ مسئولان بخش ها و واحدها
- اطلاع رسانی نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده ها به مسئول واحد مدیریت اطلاعات

شواهد:

- مشاهده روش اجرایی تدوینی با مشارکت صاحبان فرایند
- مشاهده چک لیست تکمیلی توسط بخشها
- ساختارمند نمودن ورود داده ها بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت
- به روز نمودن الزامات مستند سازی درسامانه اطلاعات بیمارستانی بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت(کدینگ تشخیص ها و اقدامات،الزامات بیمه ای و رگولاتوری)
- کنترل اقدامات اصلاحی انجام شده توسط کمیته مدیریت اطلاعات

الف-۵-۲-۲ داده های مرتبط با فقره های اطلاعاتی سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی، بر اساس ضوابط مربوط ثبت و به روز رسانی میشود.

- ثبت داده های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخشهای بیمارستانی
- ثبت و به روزرسانی داده های مربوط به پرسنل و پزشکان
- ثبت و به روزرسانی داده های مربوط تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه ای

الف۵-۴-۱سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران با شرایط و معیار های معین و مبتنی بر اصل محرمانگی برنامه ریزی و رعایت میشود.

- آگاهی کلیه پرسنل درمانی در خصوص نحوه دسترسی به سوابق بیماران
- آگاهی کادر درمان در خصوص افراد مجاز برای دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار
- ممنوعیت ارائه اطلاعات بالینی بیماران بصورت تلفنی و ارائه اطلاعات به همراهان بیمار
- تعریف سطح دسترسی نقشهای مختلف در بیمارستان بر اساس دستورالعمل ابلاغی

الف-۵-۵-۱ پذیرش تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک و با قابلیت بازیابی در مراجعههای بعدی صورت میپذیرد.

- پذیرش مراجعه های مختلف سرپایی، اورژانس و بستری بر اساس سیستم شماره دهی مشخص با قابلیت بازیابی در مراجعه های بعدی صورت می گیرد.
- در حالت ایده آل، تمامی مراجعه های سرپای،اورژانس و بستری بیماربا یک شماره منحصر به فرد صورت می گیرد.

- سامانه اطلاعات بیمارستان، قابلیت ارائه یادآور، مبنی بر داشتن سابقه قبلی و نمایش تاریخ سوابق و شماره پرونده را دارد.
- هوشمندی و عدم امکان پذیرش یک بیمار در دو مراجعه با دو شناسه متفاوت در سامانه اطلاعات بیمارستان
- رویه های مدونی به منظور کنترل و اصلاح موارد اختصاص شماره های متعدد به یک بیمار یا اختصاص یک شماره پرونده به چند بیمار طراحی و اجرا می شود.

الف۵-۵-۲ ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرمهای ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت میپذیرد.

- فرمهای ابلاغی پرونده های پزشکی(بستری،سرپایی،اورژانس،بلوک زایمان،تغذیه،مددکاری و ...) بر حسب نیاز در پرونده موجود می باشد.
- تغییر فرمهای ابلاغی در سطح بیمارستان و دانشگاه ممنوع می باشد.

الف-۵-۵-۳ محل نگهداری سوابق پروندههای پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.

- فضای کافی جهت نگهداری تمامی پرونده ها (سرپایی، اورژانس و بستری) در وضعیت جاری و راکد، مطابق با مدت زمان های مقرر و متناسب با میزان مراجعه وجود دارد.
- رعایت شرایط محل نگهداری پرونده ها براساس فصل سوم دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه شماره ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۲۵/۱۲/۸۹ در مورد تمام انواع پرونده ها (سرپایی، اورژانس و بستری) در بایگانی جاری و راکد

الف-۵-۵-۳ محل نگهداری سوابق پروندههای پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.

- رعایت شرایط محل نگهداری پرونده ها براساس شیوه نامه حفظ و نگهداری اسناد در بایگانی موضوع نامه شماره ۳۵۹۲ مورخ ۱۰/۱۱/۹۷ مشاور وزیر و مدیر کل محترم دفتر وزارتی در مورد تمام انواع پرونده ها (سرپایی، اورژانس و بستری) در بایگانی جاری و راکد

الف-۴-۵-۵ خلاصه برداری و امحاء پروندههای پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است.

- امحای پرونده های پزشکی بعد از طی حداقل زمان های مقرر در دستورالعملهای ابلاغی وزارت متبوع انجام می شود (موضوع نامه شماره ۱۰۱/۱۹/د مورخ د/۱۶۴۴/۱۰۱ شماره نامه، ۰۸/۱۰/۹۵ مورخ د/۲۴۴۸/۱۰۱ شماره نامه، ۱۷/۰۱/۹۲ شماره نامه، ۰۹/۰۸/۹۵ مورخ د/۱۹۰۶/۱۰۱ شماره نامه، ۱۴/۰۷/۹۵ مورخ ۱۲/۰۸/۹۷ مورخ د/۲۴۵۰/۱۰۱ شماره نامه و ۱۶/۱۱/۹۷ مورخ د/۳۶۴۸/۱۰۱ و پس از تصویب در کمیته مدیریت و فناوری اطلاعات بیمارستان و اخذ مجوز از دفتر وزارتی و سازمان اسناد ملی کشور (مطابق با دستورالعمل مصوب جلسه شماره ۲۱۳ مورخ ۸۴/۹/۱۲ شورای اسناد ملی) صورت می گیرد .

الف-۴-۵-۵ خلاصه برداری و امحاء پروندههای پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است.

- در مورد پرونده های بستری مشمول، خلاصه ای حداقل شامل فرم های اصلی پذیرش و خلاصه پرونده، فرمهای مخصوص شامل شرح عمل و گزارش پاتولوژی و فرمهای تخصصی شامل شرح زایمان، آپگار نوزاد، گواهی فوت، گواهی ولادت، نمودار سطح سوختگی بیمار نگهداری می شود.
- کارکنان مربوطه از نحوه خلاصه برداری پرونده اطلاع دارند.

الف-۴-۵-۵ خلاصه برداری و امحاء پروندههای پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است.

- کلیه بیمارستانها اعم از دولتی، خصوصی وابسته به سازمانها و نهادها تابع قوانین و مقررات ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص مدت زمان نگهداری و نحوه امحاء می باشند.
- مدت زمان های قید شده در بخشنا مه های ابلاغی حداقل زمان الزامی برای نگهداری پرونده بوده و مراکز در صورت داشتن فضای کافی می توانند بیشتر از زمانهای ابلاغی نسبت به نگهداری پرونده ها اقدام نمایند.

الف-۵-۵-۵ پروندههای پزشکی حین فرآیند ترخیص و در بخش های بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.

- کلیه پرونده های پزشکی قبل از ترخیص بیمار و براساس چک لیست ممیزی پرونده ها (چک لیست بررسی کمی) مورد بازبینی قرار میگیرند و موارد نقص به پزشک، پرستار یا سایر افراد سهیم در مستندسازی پرونده بیمار بازخورد داده میشود.
- چک لیست ممیزی پروندههای پزشکی در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان تصویب شده و حداقل دربرگیرنده کنترل اولیه و نهایی محتوای پرونده توسط منشی بخش و کارشناس بخش مدیریت اطلاعات از لحاظ وجود تمامی فرم ها و گزارشات مورد نیاز، تکمیل تمام اقلام اطلاعاتی فرم ها، ثبت تاریخ و زمان مستندات، ثبت مهر و امضای مستندسازان می باشد.

الف-۵-۵-۵ پروندههای پزشکی حین فرآیند ترخیص و در بخش های بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل میآید

- بخش کنترل اولیه چک لیست ممیزی قبل از ترخیص بیمار و در بخش بستری و بخش کنترل نهایی آن بعد از ترخیص بیمار و در بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان تکمیل می شود.
- نتایج مربوط به رفع موارد نقص در چک لیست ممیزی فرم های پرونده مستند می شود.
- چک لیست ممکن است بصورت الکترونیک یا دستی طراحی شده و مورد استفاده قرار گیرد.

الف-۵-۵-۶بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پروندههای پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.

- کلیه پروندههای پزشکی پس از ارسال به بخش مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست ممیزی پرونده، مورد بازبینی کمی مجدد قرار میگیرند.
- بازبینی کمی پرونده در بخش مدیریت اطلاعات علاوه بر موارد ذکر شده در سنجه الف-۵-۵-۵ شامل ترتیب قرار گرفتن فرمهای پرونده کاغذی نیز می باشد.
- موارد نقص پرونده به پزشک، پرستار و یا سایر افراد سهیم در مستندسازی پرونده بیمار اعلام شده و پیگیری جهت رفع نواقص حداکثر ظرف مدت چهارده روز صورت می پذیرد.

الف-۵-۵-۶بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پروندههای پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید.

- نتیجه رفع نواقص پرونده در فرم ممیزی فرمهای پرونده مستند می گردد.
- پایش مستمر و بازخورد موارد نقص پرونده به افراد و گروههای سهیم در ثبت اطلاعات در پرونده صورت گرفته و مداخلات مناسب جهت کاهش نواقص پرونده های پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می گردد.

- بررسی کیفی محتوای پرونده های پزشکی در مورد نمونه قابل قبولی از پرونده ها و در قالب تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی با مشارکت نمایندگان گروههای بالینی و بخش مدیریت اطلاعات در بازه های زمانی مشخص انجام می شود.
- بررسی کیفی محتوای پرونده پزشکی به منظور ارتقای مستندات بالینی از لحاظ کیفیت ثبت محتوا انجام شده (از جمله درستی و صحت اطلاعات ثبت شده، همخوانی اطلاعات ثبت شده، به موقع بودن ثبت اطلاعات، دقیق بودن و کافی بودن اطلاعات ثبت شده) و چک لیست مورد نظر بر حسب آن که کدام ویژگی کیفی مورد نظر باشد، متفاوت است.
- نتایج بررسی کیفی پرونده های پزشکی به افراد و گروه های بالینی سهیم در ثبت پرونده بازخورد داده شده و مداخلات مورد نیاز به منظور ارتقای کیفی مستندسازی پرونده پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می گردد

حداقل موارد مورد بررسی در بازبینی کیفی شامل موارد زیر می باشد

- اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش با اطلاعات ثبت شده در سربرگ سایر فرم های پرونده مطابقت و همخوانی دارد.
- تشخیص های ثبت شده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص با موارد ثبت شده در شرح حال، گزارش عمل جراحی، گزارش پاتولوژی و خلاصه ترخیص همخوانی دارد.
- فرم شرح حال بیمار انعکاس دهنده روال منطقی تصمیم گیری بالینی (رویکرد SOAP) شامل اظهارات بیمار، بررسی ها و معاینات بدنی توسط پزشک، نتیجه ارزیابی پزشک (تشخیص قطعی، تشخیص احتمالی یا تشخیص افتراقی) و طرح درمان می باشد.
- یادداشتهای سیر بیماری به صورت روتین ثبت شده، بیانگر سیر پیشرفت وضعیت سلامتی بیمار می باشد و از لحاظ بالینی تایید کننده لزوم مداخلات پزشکی یا توجیه تصمیمات اخذ شده در مورد مراقبت بیمار می باشد.
- مستندات کافی در مورد انجام تمام دستورات پزشک موجود می باشد.
- دستورات پزشک مشاور توسط پزشک معالج تایید می شود.
- در دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف دارو، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت زمان مصرف دارو و دلیل تجویز دارو باید در متن دستور مستند گردد. به ویژه در مورد آنتی بیوتیک ها ذکر تاریخ توقف در مصرف نیز لازم است.
- دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستندسازی ثبت و مستند می شوند.
- دستور ترخیص بیانگر ضرورت ترخیص بیمار می باشد.

حداقل موارد مورد بررسی در بازبینی کیفی شامل موارد زیر می باشد

- دستورالعملهای مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبتهای تاخیری به درستی رعایت شده است.
- فاصله زمانی بین دستورات پزشک و دریافت گزارش اقدام (TAT)رمبنای مستندات پرونده قابل محاسبه می باشد.
- دستورالعملهای مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات در مستندسازی پرونده رعایت می گردد.
- خلاصه ترخیص بیانگر توصیه های هنگام ترخیص و اطمینان از درک آن ها از سوی بیمار یا همراه وی می باشد.
- مستندات ثبت شده توسط فراگیران، توسط پزشک اتند مورد بازبینی قرار گرفته و تایید شده است.
- گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل جراحی ثبت می شود.
- پرونده بیمار دارای وقفه های زمانی نبوده و مستندات آن محل استقرار بیمار را در طی بستری انعکاس می دهد.
- داروهای ثبت شده در پروفایل دارویی بیمار در داروخانه با داروهای ارایه شده به بیمار مطابقت دارد.

الف-۵-۵-۱فرآیندی معین برای کنترل و صیانت از پروندههای بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها برنامه ریزی و بر اساس آن اقدام میشود.(خط مشی)

- تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با فهرست پرونده های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان بعد از ترخیص بیماران انجام می شود.
- مکان ردیابی سریع ((TRACKINGو تعیین محل دقیق پرونده ((LOCATINGدر سامانه اطلاعات بیمارستانی وجود دارد.
- پرونده های مفقودی به مدیریت بیمارستان اعلام شده و تعیین تکلیف می شوند.
- سازوکار مدونی در خصوص کنترل خروج پرونده از بخش مدیریت اطلاعات وجود داشته و مطابق آن اقدام می شود.

- ثبت درخواست پرونده از سوی درخواست کننده مجاز در دفتر یا سیستم الکترونیک ثبت خروج پرونده (حداقل شامل شماره پرونده، نام بیمار، نام درخواست کننده، علت درخواست پرونده، نام فرد تحویل دهنده پرونده، نام فرد تحویل گیرنده پرونده، تاریخ درخواست، تاریخ واگذاری پرونده، تاریخ عودت پرونده)
- انتقال پرونده توسط فرد یا افراد معین و ذی صلاح (عدم تحویل پرونده به همراه بیمار جهت نقل و انتقال بین بخشی پرونده)
- کنترل مستمر سیستم ثبت خروج پرونده توسط کارشناس بخش مدیریت اطلاعات از لحاظ عودت به موقع پرونده های تحویلی به واحدهای مختلف
- تدابیر کنترلی لازم به منظور اطمینان از الصاق گزارش های تاخیری (از جمله گزارش پاتولوژی) پس از ترخیص به پرونده کاغذی بیمار اتخاذ شده است.

الف -۸-۵-۵ کد گذاری پرونده های بالینی بر اساس طبقه بندی بین المللی بیماریها و ضوابط مربوط انجام می شوند.

- کد گذاری کلیه بیماریها ((ICD10-۲۰۱۶و اقدامات بر اساس آخرین ویرایش ابلاغی طبقه بندی ها صورت می گیرد.
- کد گذاری تشخیص نهایی حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص بیمار انجام شده و در سامانه اطلاعات بیمارستانی ثبت می شود.

الف ۹-۵-۵ قابلیت ردیابی مراجعه های قبلی بیماران بر اساس کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخشها / واحدها فراهم است.

- سامانه اطلاعات بیمارستانی قابلیت ردیابی پرونده بیمار (سرپایی، بستری، اورژانس)را از طریق کد ملی دارا می باشد.
- تدابیر لازم به منظور ثبت کد ملی حداکثر تا زمان ترخیص بیمار در سامانه اطلاعات بیمارستانی اتخاذ شده است.
- رویه مشخصی به منظور ردیابی پرونده بیمار مجهول الهویه اتخاذ شده است.
- رویه مشخصی جهت پایش و کاهش پرونده های فاقد کد ملی تا پایان ترخیص، در سامانه اطلاعات بیمارستانی اتخاذ شده است و مستندات آن موجود می باشد.

فرایند الکترونیک نمودن فرم ها، ثبت و بایگانی خدمات در بیمارستان برنامه ریزی شده و اجرا می شود.

- بیمارستان کلیه فرمهای اطلاعاتی خود را لیست نموده و بر اساس دستورالعمل وزارتی نسبت به الکترونیک نمودن آن در داخل سامانه های خود اقدام می نماید.
- در صورتی که حداقل ۳ خدمت و ۴ فرم (غیر از برنامه های ملی از قبیل نظام ارجاع – نسخه نویسی و ...) الکترونیک شده باشند امتیاز کامل تعلق می گیرد.