

فائز بتحدي
الريادة ARAB للتأليف السريع

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الدكتور محمد سلطان ماجد محاسنه
الدكتور أسيد محمد سلطان محاسنه
الدكتورة رغد عقاب القادري
الأستاذة أمان محمد سلطان محاسنه

1445 هـ - 2024 م

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الدكتور "محمد سلطان" ماجد محاسنه / إدارة الخدمات الصحية

والمستشفيات / إدارة الاعمال / إدارة نظم المعلومات الإدارية

الدكتور أسيد "محمد سلطان" محاسنه / الطب والجراحة العامة

الدكتورة رغد عقاب القادري / العلوم الصيدلانية

الأستاذة أمان "محمد سلطان" محاسنه / العلوم الحياتية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

جميع حقوق الطبع محفوظة ©

1445 هـ - 2024 م

الطبعة الأولى

اسم الكتاب: السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الدكتور "محمد سلطان" ماجد محاسنه/ إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات/ إدارة الاعمال/

إدارة نظم المعلومات الإدارية

الدكتور أُسيد "محمد سلطان" محاسنه/ الطب والجراحة العامة

الدكتورة رغد عقاب القادري/ العلوم الصيدلانية

الأستاذة أمان "محمد سلطان" محاسنه/ العلوم الحياتية

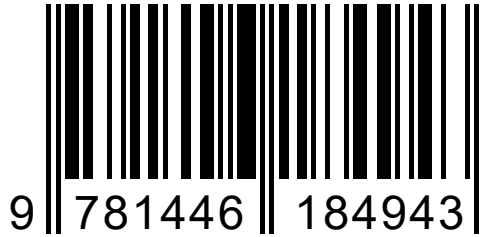
مقاس الكتاب: 7" * 10"

عدد الصفحات: 376

المدقق اللغوي: الدكتور أحمد جبر عبد القادر حسينات

التنسيق الفني: عدنان قلعه جي

رقم التسجيل الدولي ISBN :



arid.my | info@arid.my

رعاة الكتاب



المؤهل العلمي الدولي
www.almahfal.org



منصة أريد العلمية
www.arid.my



جامعة أريد الدولية
university.arid.my



أكاديمية أريد لعلوم الفضاء
falak.arid.my



وقف الفقه الاصطناعي
www.waqf.ai



القرية العلمية
sci-village.com



أبصر فايزر للمخيمات الافتراضية
www.abservisor.com



منصة الفاتحة
www.fatiha.id



منصة أبناء العلماء
sos.arid.my



منصة قادرة
www.qadirah.com



أبصر للتعليم الإلكتروني
www.abser.org



بوابة فلسبي للدفع الإلكتروني
www.filspay.com

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المحتويات

6	الفصل الأول
7	تطور السجلات الطبية
16	الفصل الثاني
16	قسم السجلات الطبية
25	الفصل الثالث
25	المقاييس والمعايير الخاصة بالسجلات الطبية
28	الفصل الرابع
28	القواعد والأسس الخاصة بالسجلات الطبية
47	الفصل الخامس
47	مهام قسم السجلات الطبية
53	الفصل السادس
53	التخطيط والوظيفة
102	الفصل السابع
102	متطلبات قسم السجلات الطبية من الموارد البشرية والوصف الوظيفي
121	الفصل الثامن
121	تصميم وتجهيز قسم السجلات الطبية
121	ومتطلباته من الأجهزة والمعدات حسب السعة السريرية
133	الفصل التاسع
133	تصميم نماذج السجلات الطبية والمجلدات
146	الفصل العاشر
146	أنظمة الترقيم والحفظ
156	الفصل الحادي عشر

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

156.....	التصنيف الدولي للأمراض (ICD) والإجراءات، طريقة فهرسة البيانات
163.....	الفصل الثاني عشر
163.....	التعامل مع السجلات الطبية القانونية
173.....	الفصل الثالث عشر
180.....	الفصل الرابع عشر
186.....	الفصل الخامس عشر
193.....	الفصل السادس عشر
196.....	الفصل السابع عشر
245.....	الفصل الثامن عشر
254.....	الفصل التاسع عشر
279.....	الفصل العشرون
288.....	الفصل الحادي والعشرون
333.....	المصطلحات والتعريفات
342.....	الاختصارات والرموز المعتمدة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تقديم منصة أريد العلمية

في زمن يتسارع فيه العلم ويتطور بشكل لا يمكن تخيله، تبرز الحاجة الماسة للمنصات العلمية التي تقدم المعرفة بشكل موثوق ومنظم. من هذا المنطلق، تأتي منصة أريد العلمية لتكون بمثابة جسر يربط بين الباحثين والمهتمين بالعلم والمعرفة في مختلف التخصصات، ولتقدم مساهمة لا تُقدر بثمن في دعم الأبحاث والدراسات العلمية.

تُعد منصة أريد العلمية منارة معرفية تُسلط الضوء على أحدث الأبحاث والدراسات في مجال السجلات الطبية الحديثة، وذلك من خلال تنظيمها لـ "تحدي التأليف السريع خلال 24 ساعة"، الذي شهد تنافساً مثيراً وأسفر عن إنجازات بحثية قيمة، توجت بإعلان نتائجه في حفل ختام المحفل العلمي الدولي الثالث عشر. هذه المبادرة لا تعكس فقط التزام المنصة بتعزيز البحث العلمي والإبداع، بل تعد أيضاً شهادة على قدرتها على جمع العقول اللامعة من أجل تحقيق أهداف نبيلة.

يجسد كتاب "السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)"، الذي كُتب تحت مظلة هذه المنصة، التزامها بتقديم محتوى علمي رفيع يلبي احتياجات المتخصصين والباحثين. يغطي الكتاب مجموعة شاملة من المواضيع التي تركز على أساسيات السجلات الطبية، التطورات التكنولوجية في هذا المجال، وأحدث المعايير والقوانين التي تحكمها. بدءاً من "تطور السجلات الطبية" مروراً بـ "تصميم وتجهيز قسم السجلات الطبية" وصولاً إلى "التعامل مع السجلات الطبية القانونية"، يُقدم الكتاب مرجعاً هاماً للمتخصصين في هذا المجال.

إن الدور الذي تلعبه منصة أريد العلمية في تعزيز البحث العلمي وتوفير المصادر العلمية الموثوقة يعد بمثابة بصيص أمل لجميع الباحثين والعلماء الراغبين في المساهمة بفاعلية في تطوير مجتمعاتهم والعالم بأسره. لذلك، نتقدم بجزيل الشكر لمنصة أريد العلمية على جهودها الجبارة في تقديم هذا العمل العلمي المتميز، ونسأل الله تعالى أن يجعله في ميزان حسنات جميع من ساهم فيه، وأن يستفيد منه كل مهتم وباحث في هذا المجال.

د. سيف السويدي

رئيس منصة أريد العلمية

الفصل الأول

تطور السجلات الطبية

Evolution of Medical Records

مقدمة

يرجع تاريخ السجلات الطبية في قدمه إلى قدم الطب ذاته. فمنذ عهد سحيق قام ممارسو فنون العلاج بتسجيل أعمالهم للمراجعة والبحث. وقد أثبتت تلك السجلات قيمة عالية للأطباء القدماء في سعيهم نحو تشخيص وعلاج مرضاهم ولا تزال السجلات الطبية إلى يومنا هذا تخدم كعنصر أساسي لنظام تقديم الرعاية الصحية.

تاريخ السجلات الطبية يعمل بالتوازي مع تاريخ الطب. تعد السجلات ضرورية لممارسة الطب مثل الأدوية اللازمة لعلاج فعال ويمكن إرجاعها إلى العصور القديمة. كانت السجلات الأولى بدائية في شكلها ومختلفة للغاية عن السجلات الطبية الحالية، لكنها عملت على تسجيل الإنجازات الطبية للأجيال اللاحقة. مع مرور الوقت، أصبحت السجلات الطبية أكثر تفصيلاً وفي مصر واليونان وروما كتب الأطباء علاجات طبية وجراحية مهمة.

تقوم السجلات الطبية بتسجيل دورة المريض وعلاجه خلال فترة معينة ومتابعته بعد ذلك كمرضى بالقسم الداخلي أو بالعيادة الخارجية. وعلى هذا فهي أداة مهمة في الممارسة الطبية. وتعتبر أساس تخطيط وتقييم الرعاية الصحية التي تقدم للمريض بالإضافة إلى أنها وسيلة للاتصال ما بين الطبيب والمهني الأخرى المشاركة في تقديم الرعاية الصحية للمريض. والهدف الثاني من هذه السجلات يتمثل في تحديد المسؤوليات القانونية لكل من المنشأة الصحية والطبيب وتوفير بيانات علاجية إكلينيكية ذات أهمية لأجهزة البحث.

تطور السجلات الطبية

لقد تطور استخدام السجلات الطبية خلال حقبة تاريخية متعاقبة؛ يمتد إلى الحضارات القديمة مثل تلك الموجودة في بلاد ما بين النهرين، مصر، اليونان وروما، وهي: (1,2,3,4).

أولاً. السجلات الطبية في بلاد ما بين النهرين

كانت بلاد ما بين النهرين القديمة مكونة من دول حديثة مختلفة، بما في ذلك العراق وأجزاء من إيران وسوريا وتركيا. في هذه المنطقة ازدهرت الحضارات الغنية، بما في ذلك السومريون والبابليون الذين حكموا إمبراطوريات عظيمة منذ أكثر من 5000 عام. لقد حفر علماء الآثار آلاف السجلات على شكل أقراص طينية (مخبوزة بالنار) مكتوبة بخط مسماري. يتضح من هذه السجلات أن الغرض منها كان توثيق تاريخ المريض، تمامًا كما هو الحال اليوم. على عكس سجلات

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

العصر الحديث، تضمنت العديد من سجلات بلاد ما بين النهرين أيضاً معلومات حول التعاويذ والتنجيم وعلم الفلك. معظم السجلات المتبقية موجودة في المتحف البريطاني. لذلك ربما كان يُنظر إلى خصوصية المريض بشكل مختلف في ذلك الوقت.

ثانياً. السجلات الطبية المصرية

من سمات العصور التاريخية المبكرة أن الإنجازات العظيمة التي حققها الرجال قد نُسبت إلى الله. وفي مصر؛ تُقدّم الوساطة بين الله والشر مثلاً جيداً على ذلك. كان قدماء المصريين مسجلين دقيقين لتاريخهم وكان لديهم الآلاف من الكتبه لتسجيله. تم اعتبار الكتبه على درجة عالية من التعليم. كان الكتبه المصريون هم الرواد في كتاب النسخ المعاصر. تم نسخ المعلومات الطبية على لفائف ورق البردي، وهي مادة مصنوعة من نبات مائي. تكشف السجلات المصرية أن الطب كان يمارس منذ أكثر من 4000 عام، من الجراحة إلى الطب العام وحتى طب الأسنان. وبينما من المحتمل أن تكون تقارير الأشعة السينية مفقودة من هذه السجلات، ربما تم استخدام الرسم التخطيطي الغريب. كما هو الحال في بلاد ما بين النهرين، كان الكثير من طبيهم لا يزال مرتبطاً بالسحر والتنجيم وعلم الفلك. أول طبيب حقيقي في مصر هو إمنحوتب. لقد عاش في عصر الهرم، وكان وزيراً كبيراً، كبير المهندسين المعماريين، والمستشار الطبي الملكي لفرعون القرن التاسع والعشرين قبل المسيح.

ثالثاً. السجلات الطبية اليونانية والرومانية القديمة

تميل السجلات الطبية اليونانية والرومانية إلى التداخل، حيث أنشأت الحضارتان نظام تسجيل منهجي منذ أكثر من 2000 عام. لم يكن الطب اليوناني إغريقياً بحثاً، فقد تأثر بمساهمات من الحضارات القديمة، وخاصة حضارات مصر وبابل وآشور. هذا لا يقلل بأي حال من الأحوال فضل اليونانيين؛ وذلك بسبب إدخالهم الروح العلمية في فن الشفاء، ولكنه يشير فقط إلى المصادر المختلفة التي تمكنوا من استخراج المعلومات منها.

كان للسجلات اليونانية والرومانية تركيز أكثر معاصرة، مما قلل من التركيز على السحر والتنجيم. هناك المزيد من الأفكار المنطقية والعلمية التي تحتوي على أوصاف لتاريخ المريض العقلي والبدني. لكن الآلهة ما زالت مذكورة عندهم وقادرة على التسبب في المرض، وأن هذا المرض كان يُنظر إليه على أنه نتيجة لاستياء الآلهة. تم نسخ السجلات الطبية اليونانية والرومانية على المخطوطات، وهي عرضة للتفتت.

رابعاً. السجلات الطبية العربية والإسلامية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

احتفظ العرب بمعرفة الطب اليوناني وطورها إلى ما يسمى بالطب الإسلامي خلال العصر الذهبي الإسلامي، من القرن الثامن إلى القرن الثالث عشر. قدم العرب مفهوم المستشفى واستخدام المستشفيات. كما كانوا أول من احتفظ بسجلات مكتوبة للمرضى وعلاجهم الطبي. كان الطلاب مسؤولين عن حفظ سجلات المرضى، والتي تم تحريرها لاحقاً من قبل الأطباء والرجوع إليها في العلاج المستقبلي.

خامساً: السجلات الطبية في العصر الحديث

في القرن التاسع عشر، تم افتتاح مستشفى ماساتشوستس العام الشهير في، بوسطن/ ماساتشوستس. حيث كان لدى المستشفى امتياز من خلال وجود ملف كامل من السجلات السريرية، مع جميع الحالات المفهومة؛ يعود تاريخها إلى اليوم الذي فتحت فيه.

قبل نهاية العام 1897، تم تعيين أمين مكتبة والعناية بالسجلات السريرية، بما في ذلك فهرستها أصبحت جزءاً من عملها. يبدو أن هذا المستشفى هو أول من كان لديه أمين مكتبة للسجل الطبي. كانت السيدة غريس وايتنج مايرز أول رئيسة لجمعية أمناء السجلات في أمريكا الشمالية والرئيسة الفخرية لجمعية السجلات الطبية الأمريكية.

سجلات المستشفى الأولى المكتوبة بالحبر مقروءة حتى يومنا هذا. كانت المستشفيات تحتفظ بالسجلات كنوع من الصرعة قبل القرن العشرين؛ ولم يكن هناك اهتماماً جدياً من قبل مستشفيات أخرى بالسجلات الطبية، ولا سيما الجمعيات الطبية والمستشفيات. في عام 1905 بدأ الأطباء أنفسهم في التفكير في قيمة وضرورة السجلات الطبية الملائمة. استمر تاريخ السجلات الطبية من البدايات الأولى وحتى الوقت الحالي دون انقطاع؛ على الرغم من التقدم الكبير الذي تم إحرازه في بعض الفترات عن غيرها. بدأ التحسن الأكبر مع افتتاح حركة توحيد المستشفيات في عام 1918، وتحققت مكاسب جديدة بعد ظهور منظمات العاملين في السجلات الطبية وتنفيذ لوائح الرعاية الطبية.

تطوير السجلات الطبية

تعتبر مهارات العديد من الأخصائيين الطبيين والمتخصصين في مجال الصحة مطلباً مهماً لتوفير رعاية كاملة للمريض. يتكون الفريق من أطباء وممرضين والعديد من العاملين الصحيين المتحالفين، حيث يقومون بإبلاغ وإسداء المشورة لبعضهم البعض من خلال إدخالهم في السجلات فيما يخص نتائجهم وملاحظاتهم وآرائهم والعلاجات التي يدونوها⁽⁴⁾.

تعني الرعاية الطبية الجيدة عمومًا سجلًا طبيًا جيدًا، بينما قد يعكس السجل الطبي غير الكافي الرعاية الطبية الضعيفة. السجلات الطبية تخزن المعلومات المتعلقة بالمريض ورعايته. ولكي

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تكتمل؛ يجب أن يحتوي السجل الطبي على جميع التفاصيل ذات الصلة لتحديد هوية المريض بوضوح، ودعم التشخيص، وتبرير العلاج، وتسجيل النتائج بدقة.

يجب الاحتفاظ بسجل طبي مكتوب لكل شخص تم إدخاله إلى المستشفى أو مرفق رعاية صحية آخر. قد يكون هذا مريضاً خارجياً أو مريضاً داخلياً أو مريضاً في حالات الطوارئ. يبدأ السجل الطبي عادة في منطقة تسجيل المريض بتسجيل المريض. هناك يتم الحصول على بيانات التعريف الأساسية والمعلومات الضرورية الأخرى.

يرافق هذا السجل الجديد عادة المريض إلى غرفة الكشف. يضيف الطبيب المعالج وزملاؤه ملاحظاتهم. وتشمل هذه شكوى المريض فيما يتعلق ببدء المرض الحالي، وتاريخه الشخصي/العائلي، وتقرير كامل للفحص البدني، وخطة لدراسة حالة المريض والعلاج في المستشفى.

تضاف تقارير إضافية حسب الحاجة. وتشمل هذه التقارير المخبرية وتقارير الأشعة السينية وتقارير المرضى الداخليين عند قبول المريض وتقارير التشغيل كما هو مكتوب من قبل الطبيب وتقارير خدمات المسعفين. ويتم تسجيل الممرضات جميع الملاحظات والأدوية والعلاجات وغيرها من الخدمات المقدمة. كما يسجل الجراح الحاضر تقدم المريض في ملاحظات التقدم كلما دعت الضرورة لتقرير مناسب حتى خروج المريض.

عندما يخرج المريض، يتم تلخيص رعاية المريض من قبل الجراح المعالج أو من ينوب عنه في ملخص التفريغ، والذي يتضمن حالة المريض عند الخروج وتعليمات متعلقة بالرعاية بعد العلاج في المستشفى.

استخدامات السجلات الطبية

يحتوي السجل الطبي على معلومات مكتسبة في علاقة الطبيب - المريض؛ والتي تعتبر بشكل عام سرية. المستشفى مسؤولة عن منع الوصول إلى السجل الطبي للمريض من قبل أشخاص غير مخولين من وقت بدء السجل الطبي، أثناء الاستشفاء، وكذلك بعد الخروج من المستشفى. تعتبر بيانات تحديد الهوية غير المتعلقة بالمعالجة غير سرية بشكل عام، وقد يتم إصدارها دون موافقة المريض. ومع ذلك، يجب الكشف عن هذه المعلومات بعناية وإعطائها فقط استجابةً للاستفسار المناسب.

أهداف السجلات الطبية:

تستخدم السجلات الطبية لتحقيق الأهداف التالية:^(5,6)

- تسجيل مشكلة المريض وتاريخه المرضي وعلاجه إما كمريض خارجي أو مريض داخلي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- تشكيل جسر بين الأطباء والمهنيين المساعدين الطبيين الآخرين للمساهمة في رعاية المرضى.
- إعطاء استمرارية في علاج المريض أثناء الزيارات اللاحقة أو الإدخال.
- المساعدة في حماية المصالح القانونية للمريض والمستشفى والأطباء.
- توفير بيانات لأي بحث أو دراسة أو تعليم.
- مراجعة جودة العلاج التي يقدمها الأطباء والتمريض وغيرهم من المهنيين المسعفين.
- توفير بيانات عن أي وكالات خارجية مرتبطة بالمريض والطبيب والمستشفى.

قيمة السجلات الطبية

إن السجل الطبي التقليدي كان عبارة عن مجموعة من النماذج والملاحظات والتقارير، حيث كانت النماذج هي الوسيلة التي يستخدمها الأطباء وأخصائيو الرعاية الطبية لتسجيل المرض الذي يعاني منه المريض وطريقة العلاج. أما التقارير فكانت تعتمد أساساً على الدراسات والنتائج كاختبارات المعمل وفحوصات الأشعة وإجراءات غرفة العمليات. كما أنه عادة ما يشمل السجل الطبي ملحوظات مدونة وتحاليلاً طبية وملخصات حول الاستشارات الطبية؛ ثم يتم تجميع تلك النماذج والتقارير في ملف خاص. وعادة يتم تحرير السجل الطبي حسب الترتيب الزمني، أي أن الأحداث الأولى للمريض بالمستشفى يتم تحريرها في البداية وتعقبها بقية الأحداث حسب الترتيب الزمني. (4.7)

حديثاً يعتبر قسم السجلات الطبية مسؤول عن توفير المعلومات والبيانات التي تساعد في التخطيط لرعاية المريض؛ بالإضافة إلى أهداف التعليم والبحث وتقديم التقارير للجهات المعنية. كما أنه المسؤول عن ضمان إمكانية استرجاع تلك السجلات عند الحاجة إليها وضمان صحتها واستكمالها. وعلى هذا يجب توافر فريق العمل المطلوب للقيام بتلك الأعمال؛ بالإضافة إلى المعدات والتجهيزات اللازمة لهذا القسم؛ على أن يتم توافرها في مناخ مناسب وملائم يسمح للقسم بتأدية العمل والمسئوليات الموكلة إليه على الوجه الأكمل. حيث إن هذا القسم يعد بمثابة حجر الزاوية لنظام إدارة المعلومات الصحية بالمستشفيات لأنه يضمن استمرار تقديم الخدمات للمرضى. (8)

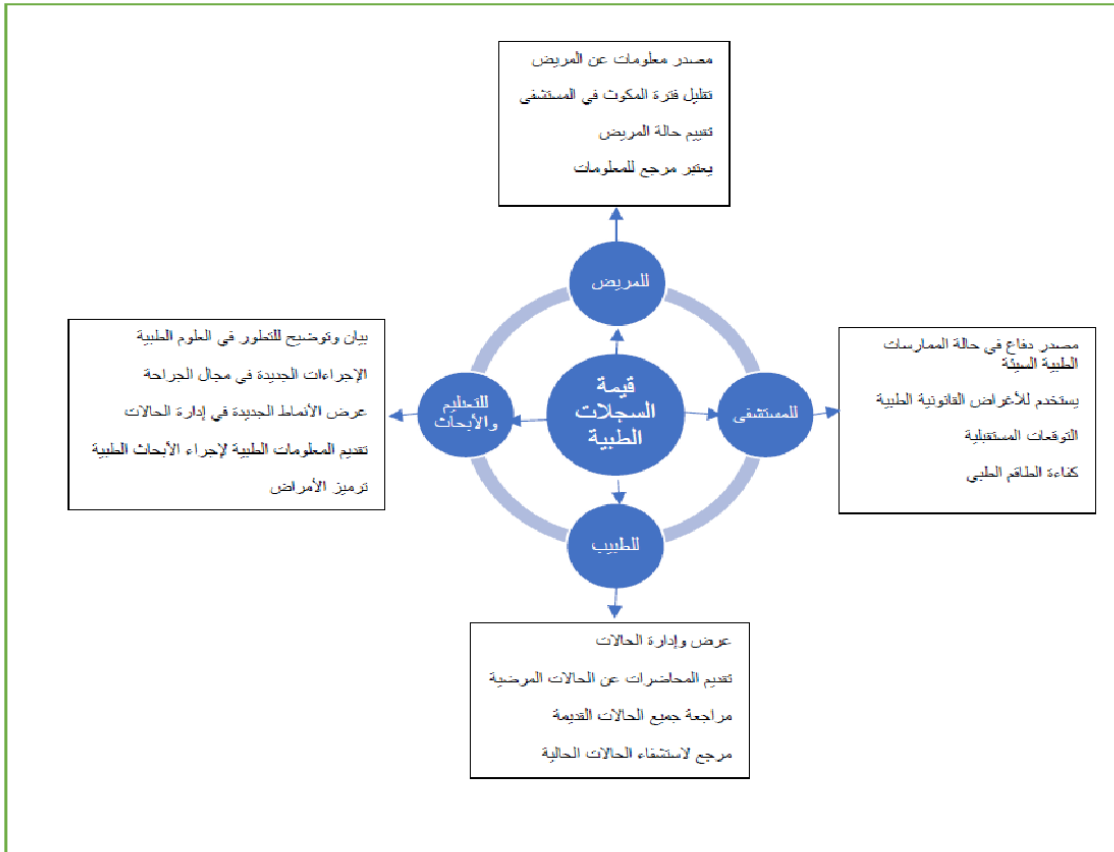
وحتى يتمكن هذا القسم من تأدية عمله على الوجه الأكمل؛ فإنه يجب أن يأخذ مكانه بين الأقسام الأخرى بالمستشفى من حيث النظام والسياسات المتبعة والإمكانات، والتمويل، ورعاية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المرضى، والتدريب. كما سيكون هناك احتياج إلى وسائل مجهزة لضمان دقة السجلات الطبية واستكمالها وتقديم باقي الخدمات. وحيث أن قسم السجلات الطبية هو المسؤول عن سجلات المرضى والمحافظة على تلك السجلات فيجب أن يكون مكانه قريباً وفي متناول العامة.^(8,9)

وتعد جودة السجلات الطبية من المحاور الرئيسية لسياسات استرداد تكاليف العلاج؛ لذلك يجب إعطاء قسم السجلات الطبية الأهمية والرعاية، ولضمان جودة أداء هذا القسم يجب وضعه تحت نظام إداري قوى من حيث التخطيط الجيد، والتنظيم، والإشراف، والمراقبة.

قد لا يساعد محتوى السجلات في تشخيص حالة معينة فحسب، بل قد يساعد في علاج حالة أخرى، كما أنه ذو قيمة قانونية. السجل الطبي هو تقرير مكتوب منظم عن شكاوى المريض ونتائج التشخيص والعلاج والنتائج النهائية. بشكل إجمالي؛ فإن السجل الطبي يشكل صورة إكلينيكية، وعند الانتهاء من علاج المريض، فإنه يحتوي على معلومات كافية لتحديد هوية المريض بشكل واضح، ولتبرير التشخيص والعلاج، ولتسجيل النتائج. أي أن السجل الطبي ذو قيمة للمرضى والمستشفى، والطبيب، وللبحث، والتدريس. كم هو مبين في الشكل (الشكل 1.1).



الشكل 1.1: قيمة السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

قيمة السجلات الطبية:

يُمثل السجل الطبي قيمة كبيرة لكل من الفئات التالية:^(1,10,11,12)

أولاً. للمريض

- تقرير كامل عن المرض يؤدي إلى تراكم كمية كبيرة من المعلومات حول المريض.
- لا يمكن أن يتوقع الأطباء أن يتذكروا تفاصيل مرض كل مريض، لذلك تُعد السجلات الطبية بمثابة مرجع.
- عندما يحتاج المريض إلى دخول المستشفى لاحقاً بنفس المرض أو مرض آخر، سواء لنفس الطبيب أو طبيب آخر، فإن السجل الطبي الخاص بالمستشفيات سيُمكن الطبيب من مراجعة وتحليل المرض السابق وعلاجه وإصدار الأحكام فيما يتعلق بدورة العلاج الواجب اتباعها.
- من خلال هذه المعرفة بإدخال المريض إلى المستشفى في السابق، قد يتمكن الطبيب من بدء العلاج دون انتظار نتائج الاختبارات التشخيصية.

ثانياً. للمستشفى

- يُعد السجل الطبي ذا قيمة للمستشفى في تقييم كفاءة الطاقم الطبي والنتائج النهائية للعلاج.
- ما لم يتم الاحتفاظ بسجل دقيق، لا يمكن للمستشفى أو الطبيب تبرير نتائج العلاج.

ثالثاً. للطبيب

- سيكون السجل الطبي مفيداً للطبيب عندما يحتاج إلى جمع المعلومات أثناء الاستشفاء لاحقاً.
- بالإضافة إلى ذلك؛ قد يرغب الطبيب في معرفة عدد المرات التي تم استدعاؤه للتشاور في حالة المريض خلال فترة معينة.
- قد يحتاج المستشفى وكذلك الطبيب إلى السجل لأغراض قانونية طبية.

رابعاً. للبحث العلمي والتدريس

- في البحث العلمي؛ لا غنى عن السجل الطبي، فهو يوفر مصدرًا عمليًا وموثوقًا لدراسة الحالات للنهوض بالعلوم الطبية.
- بالإضافة إلى ذلك؛ يعد السجل الطبي ذا قيمة في جميع البرامج التعليمية، فهو وثيقة ومصدر للحقائق الطبية المتعلقة بالمرض، والعلاج، والرعاية، والنتائج.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- بدون توثيق رعاية المرضى الموجودة في السجل الطبي لا يمكن تبرير الدفع مقابل الخدمات.

ملخص

استمر تاريخ السجلات الطبية، من البدايات الأولى وحتى الوقت الحالي دون انقطاع، على الرغم من التقدم الكبير الذي تم إحرازه في بعض الفترات عن غيرها. جلب منتصف القرن العشرين حقبة اتحدت فيها جميع الجمعيات الطبية وشبه الطبية والمستشفيات في نفس الهدف الأساسي، وهو رعاية المرضى والجرحى على النحو المناسب. يجب الاحتفاظ بسجل طبي لكل شخص تم إدخاله إلى المستشفى كمريض داخلي أو مريض خارجي أو كمريض طارئ. السجل الطبي، يوثق تجربة المستشفى للمريض. أغراض أخرى هي أن السجل الطبي يكون بمثابة أساس للاستمرارية في تقييم حالة المريض وعلاجه، والمساعدة في حماية المصالح القانونية للمريض والمستشفى والأطباء، وتوفير البيانات لاستخدامها في البحث والتعليم.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- كانت السجلات الأولى بدائية في شكلها ومختلفة للغاية عن السجلات الطبية الحالية، لكنها عملت على تسجيل الإنجازات الطبية للأجيال اللاحقة.
- كانت السيدة غريس وايتنغ مايرز أول رئيسة لجمعية أمناء السجلات في أمريكا الشمالية والرئيسة الفخرية لجمعية السجلات الطبية الأمريكية.
- يجب الاحتفاظ بسجل طبي لكل شخص أدخل إلى المستشفى كمريض داخلي أو مريض خارجي أو كمريض طارئ.
- تم تطوير محتوى السجل الطبي نتيجة لتفاعل أعضاء فريق الرعاية الصحية الذين يستخدمونه كأداة اتصال.
- الغرض من السجلات الطبية هو أن تكون بمثابة أساس للاستمرارية في تقييم حالة المريض وعلاجه.
- السجلات الطبية مفيدة في حماية المصالح القانونية للمريض والمستشفى والأطباء، وتوفير البيانات لاستخدامها في البحث والتعليم.

اقتراحات التدريس

- اشرح لمساعدتي السجلات الطبية كيفية ظهور السجلات الطبية خلال الفترات المصرية واليونانية والرومانية اليونانية لفهم مراحل تطور السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- إظهار قيم السجلات الطبية إلى المستشفى والمرضى والطبيب من خلال برنامج OHP.
- عرض بيانات الترميز التشخيصي والجراحي وشرح كيف يكون مفيداً للمستشفى والجهات الخارجية.

تمرين الطالب

أجب عن التالي

1. تتبع تاريخ السجلات الطبية خلال الفترات المصرية واليونانية والرومانية.
2. حدد ست استخدامات للسجلات الطبية، ووصف تطور السجلات الطبية في المستشفى.
3. ناقش قيمة السجل الطبي لكل مما يلي: المريض، الطبيب، المستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل الثاني

قسم السجلات الطبية

Medical Records Department

المقدمة

المستشفى مكان غريب للمريض. قد يكون خائفاً ويحتاج إلى طمأننة وتوجيه. يعد مكتب الاستعلامات في قسم العيادات الخارجية ضرورياً للمريض للحصول على معلومات مثل: موقع مختلف العيادات وإجراءات التسجيل. يجب أن يقع مكتب الاستعلامات في الغالب عند مدخل القسم وعلى مقربة من خدمات الدخول والتفريغ والطوارئ في المستشفى. لتجنب أي إزعاج، يمكن وضع مكتب الاستقصاء في مقصورات شفافة مع جدران مكسوة بألواح زجاجية. يمكن هذا الترتيب مكتب الاستعلام من مراقبة النشاط المحيط وكذلك سهولة تحديد موقع المريض. في قسم العيادات الخارجية في المستشفيات الأصغر حجماً، تكون الحجرة المفتوحة أو المكتب كافي.

تتمثل رسالة قسم السجلات الطبية بخلق وتدعيم نظام إدارة المعلومات الصحية لتدعيم اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية من خلال إنشاء بنك معلومات بقسم السجلات الطبية؛ يعمل على توفير المعلومات الطبية الصحيحة والكاملة لضمان تكامل واستمرارية الرعاية الطبية للمريض؛ والتمشي مع التغيرات المستحدثة في تقديم الرعاية الصحية. أما غايات قسم السجلات الطبية، فتتمثل بالآتي: (13،14،15)

1. توفير نظام حفظ معلومات مركزي به سجلات طبية كاملة لكل مريض يحصل على رعاية صحية بالمنشأة.
2. ضمان دقة واستكمال البيانات في السجلات الطبية.
3. توفير نظام حفظ واسترجاع المعلومات الطبية الإكلينيكية طبقاً لإسم المريض ورقم السجل الطبي والتشخيص والإجراءات المتخذة وأية معلومات خاصة برعاية المريض.
4. تنسيق تدفق المعلومات الخاصة برعاية المريض بين مقدمي الخدمة.
5. الحفاظ على سلامة وحماية وتكامل المعلومات الخاصة برعاية المريض.
6. الحفاظ على سلامة العاملين وتدريبهم والعمل على تطوير ورفع كفاءتهم.
7. المشاركة في تحقيق أهداف المشروع والمنشأة.
8. توفير البيانات اللازمة للهيئات والمجالس واللجان المختلفة وهيئة الأطباء والجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

9. المشاركة الفعالة في لجنة السجلات الطبية ولجنة النماذج.
- 10 . التدعيم والتشجيع والمشاركة في برنامج ضمان الجودة وتحسينها.
ويهدف قسم السجلات الطبية الى ما يلي: (16،17،18)
1. إنشاء نظام يوفر الجو الطبيعي الملائم لتنفيذ رسالة قسم السجلات الطبية بطريقة فعالة.
2. رفع كفاءة العاملين.
3. الحفاظ على سرية السجلات الطبية.
4. إمداد القسم بالتجهيزات المناسبة.
5. إعداد السياسات والإجراءات والقواعد والإرشادات المنظمة للقسم.
6. الاحتفاظ بملفات كاملة البيانات.
7. المشاركة الدورية في تحليل مستندات متابعة المريض.
8. تنظيم وتجميع البيانات لكي تستخدم بواسطة القائمين على الرعاية الصحية والجهات المعتمدة مثل: اللجان البحثية ودائرة الإحصاءات العامة ووزارة الصحة.
9. توفير نظام مناسب لاسترجاع المعلومات الطبية.
- 10 . ترميز وتدوين المعلومات للدراسات المعملية والبحثية ويكون التدوين بالاسم ورقم الحالة، بالإضافة إلى دليل للأطباء بالاسم ورقم كود الطبيب وكود المرض.
- 11 . التأكد من العمل طبقاً للقوانين المناسبة والتعليمات والإرشادات الخاصة بإفشاء المعلومات عن المريض.
- 12 . توفير التحليل الإحصائي للمعلومات المطلوبة.
- 13 . إقامة وسيلة فعالة لنشر المعلومات.
- 14 . التدريب المستمر للعاملين بقسم السجلات الطبية.
- 15 . تدعيم وتشجيع برنامج حوافز مناسب.
- 16 . رفع مستوى الرعاية عن طريق توفير المعلومات السريعة والصحيحة لمقدمي الخدمة الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- 17 . استمرارية الرعاية الطبية.
- 18 . التنسيق بين مقدمي الخدمة.
- 19 . التأكد من عدم ازدواجية الجهودات والإجراءات وذلك لاحتواء التكلفة.
- 20 . التوافق مع متطلبات المجالس، اللجان والوكالات والهيئات الصحية.
- 21 . العمل كعضو فعال في لجنة السجلات الطبية بتوفير المعلومات، البيانات، المعاونة، وذلك لإنجاح مهام اللجنة.
- 22 . توفير المساعدة والإشراف على تصميم النماذج والمشاركة في الاجتماعات.
- 23 . توفير مستوى خدمة مناسب ومعاونة العملاء الداخليين والخارجيين.

خصائص السجل الطبي وقسم السجلات الطبية:

تعتمد خصائص السجل الطبي وقسم السجلات الطبية على حجم ونوع المستشفى والهيئة الطبية وهيئة التمريض والفرق المساعدة وعلى حجم ونوع الخدمات التي تقدمها. وفيما يلي بعض من خصائص السجل الطبي وقسم السجلات الطبية: (19,20,21,22)

1. يعتبر السجل الطبي المرآة التي تعكس كلا من التاريخ الطبي والخدمات الطبية المقدمة للمريض؛ ولذلك يجب أن تكون المعلومات التي يحتويها كاملة وصحيحة وشاملة.
2. يمثل إعداد السجل الطبي وحفظه واسترجاعه بالإضافة إلى تسجيل وتدوين كافة البيانات صورة للتعاون والتنسيق بين كل الأفراد المشاركين.
3. تستخدم المعلومات والبيانات المدونة في السجل الطبي بواسطة العديد من المسؤولين؛ لذا يجب أن يكون مكانه قريبا حتى يسهل الوصول إلى السجلات والبيانات المطلوبة.
4. يجب مراجعة جميع البيانات المدونة في السجل الطبي والتحقق من صحتها عن طريق التحليل الكمي والنوعي لها؛ وذلك لضمان دقة المعلومات واستكمالها.
5. يعتبر السجل الطبي الوثيقة السرية التي تحتوي على التاريخ المرضى والعلاجي للمريض خلال مدة إقامته بالمستشفى؛ ولذا يجب بذل الجهد الكافي لضمان المحافظة على تلك المعلومات وسريتها.
6. يجب تسهيل عملية استرجاع السجلات لاستمرار تقديم الرعاية للمريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

7. يعتبر قسم السجلات الطبية هو أول مكان يذهب إليه فريق الرعاية الطبية والمرضى بانتظام للحصول على صور لسجلاتهم الطبية؛ لذا يجب أن يسمح للمستولين فقط بدخوله.

8. يجب توافر المكان المناسب والإمكانات والأدوات والمعدات التي تستخدم عند تقديم الخدمات لكل من مرضى القسم الداخلي والعيادات الخارجية؛ وذلك للمحافظة على المستوى المناسب لجودة تلك الخدمات.

مكتب الاستعلامات Enquiry Counter

خلال ساعات العمل في قسم العيادات الخارجية، لا ينبغي أن يكون مكتب الاستعلامات مرئيًا فحسب، بل يجب أن يكون مزودًا أيضًا بشخص متمرس. يجب أن يكون موظفو السجلات الطبية الكبار الذين لديهم معرفة بجميع مرافق وأنشطة المستشفى متوفرين في مكتب الاستعلامات (الشكل 2.1). في الساعات المزدحمة، يجب أن يكون الموظفون قادرين على تلبية احتياجات المرضى والتخلي بالصبر للإجابة على الأسئلة التي طرحها المرضى والزوار. يجب الحفاظ على المرافق الأساسية مثل المراض ومياه الشرب في شكل مبرد وموزع للمياه. يجب أن يكون هناك كشك للهاتف ومقهي به وجبات خفيفة. يجب أن يتم عرض المدخل مع لوحات معلومات الأطباء وأقسامهم والأطباء المناوبين وأي برنامج يحدث في المستشفى.⁽⁴⁾



الشكل 2.1 - مكتب الاستعلامات

للمرضى الذين لا يستطيعون المشي، يكون هناك حاجة إلى عربات نقالة أو كراسي بعجلات. يجب توفير مكان لإيقافهم عند مدخل قسم العيادات الخارجية ويجب أن يكون بالقرب من مدخل الردهة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يمكن تنظيم إصدار واستبدال العريبات والكراسي المتحركة تحت السيطرة الكاملة لمدير رعاية المرضى. يجب توفير مساحة كافية للعدد المطلوب من عريبات الأطفال والكراسي المتحركة. يجب أن تحتوي منطقة الاستفسار على جميع المعلومات المتعلقة بالمستشفى والخدمات العامة. يتضمن ذلك معلومات تتعلق بالمرافق والتكاليف وأسماء الأطباء والجراحين ومدة الإقامة في المستشفى لجميع العلاجات والمشكلات المتاحة. يجب أن يكون موظفو السجلات الطبية على دراية بجميع تفاصيل العيادة التخصصية المتاحة في المستشفى.

في المستشفيات التي يكون معدل دوران المرضى فيها مرتفعًا، يجب أن يكون هناك نظام كمبيوتر يحتوي على معلومات تتعلق ببرنامج التشغيل مرضى العيادات الخارجية (OP) ومرضى الأقسام الداخلية (IP)، وذلك عن طريق تقليل عبء العمل على الموظفين. يجب أن يكون هذا النظام سهل الوصول ويحتوي على تفاصيل المريض مثل رقم السجلات الطبية والعنوان ورقم الهاتف وتفاصيل الزيارات السابقة وتفاصيل العلاج.

من المهم أن يتم إبلاغ موظفي السجل الطبي بجميع الاجتماعات والندوات والمؤتمرات التي تُجرى في المستشفى. نظرًا لأن المرضى من المحتمل أن يزوروا المستشفى من أماكن مختلفة، والولايات، والبلدان، فإن مكتب السفر مفيد للمرضى لحجز التذاكر وترتيب السفر والجولات مسبقًا. من المستحسن أن يكون لديك قائمة بالتوقيت الجوي والحافلات والقطارات في مكتب الاستعلامات. قد يكون الحصول على خريطة دليل للمدينة مفيدًا جدًا لمساعدة المرضى في زيارة أماكن اهتمامهم.

Qualities and conditions of a Medical Records الطبية السجلات طاقم صفات وشروط

Staff

يجب على الطاقم الخاص بقسم السجلات الطبية ان يتمتع بعدة صفات وشروط؛ وهي (23،24).

المظهر الشخصي: من الضروري أن يكون لكل موظف في السجلات الطبية مظهر شخصي مناسب. يجب أن يكون موظفو السجلات الطبية حريصين بشكل خاص على أن أفواههم خالية من الروائح الكريهة.

شعور كبير بالتنظيف الشخصي: يجب أن يكون الزي الرسمي نظيف. يجب تحضير الشعر جيدًا كما يجب تشذيب الأظافر. يجب أن يقتصر المجوهرات على حلقة واحدة وسلسلة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

للسيدات تدل على الوضع المترابط. باختصار، يجب مشاهدة طاقم السجلات الطبية في أفضل حالاته في جميع الأوقات.

اللياقة البدنية: تتطلب عمليات الاستقصاء من الموظفين الوقوف لساعات طويلة في المرة الواحدة. يجب أن يكون الموظف قويًا ورشيقيًا ونشطًا.

الثقة بالنفس: تعد الثقة بالنفس ضرورية حيث يلتقي العاملون في لجنة التحقيق مع المرضى والزوار من مختلف البلدان والوضع والثقافات. يجب أن تكون مريحة وتشعر بالراحة في التعامل مع هؤلاء الناس.

يجب أن يكون التواصل صحيحًا وواضحًا: من الأفضل أن يعرف موظفو السجلات الطبية أكثر من لغة واحدة. يساعد في التواصل مع المرضى الذين لا يستطيعون التحدث باللغة الإنجليزية أو اللغة المحلية. طريقة التحدث مهمة أيضا. يمكن أن تثير اللغة البغيضة المرضى. نظرًا لأن كبار السن قد يعانون من ضعف البصر أو فقدان السمع، يجب أن يكون الصوت واضحًا ومهدبًا ولطيفًا، مثل: "صباح الخير / مساء الخير، هل لي أن أساعدك يا سيدي / سيدتي؟"

البقاء هادئًا في جميع المواقف: نظرًا لكون قسم السجلات الطبية هو المركز العصبي للمستشفى، فإن الطاقم على اتصال دائم بالمرضى، وبالتالي يواجه دائمًا ضغوطًا هائلة. يتوقع المرضى دائمًا علاجًا ذا أولوية شخصية ولا يتوقف ضغط الطلب أبدًا. إلى جانب هذا، هناك مرضى يمكن أن يكونوا مزعجين للغاية. لذلك يجب أن يتمتع موظفو مكتب السجلات الطبية بدرجة عالية من التسامح تجاه ضغط العمل وأن يكونوا هادئين ومتفهمين في جميع الأوقات.

القدرة على تذكر أسماء ووجوه المرضى المنتظمين: تميز هذه السمة الشخص الصالح عن المتوسط بين طاقم السجلات الطبية. كل فرد لديه الأنا واسمه ثمين وشخصي له. إذا كان باستطاعة موظفي السجلات الطبية الاتصال بالمرضى بأسمائهم، فسيؤدي ذلك إلى إرضائهم على الفور. يبدأ المريض في الشعور بالترحيب لأن الناس يتعرفون عليه بالاسم.

الأخلاق الحميدة: نظرًا لأن المستشفى مكان للمرضى من ولايات ومناطق مختلفة، يجب الأخذ بالأداب الاجتماعية الجيدة. يصل المرضى من جميع الحالات للعلاج في المستشفى، وهم معتادون على حسن الخلق والأدب.

القدرة على اتخاذ القرارات السريعة: غالبًا ما يتعامل المرضى مع مكتب الاستعلامات مع المشكلات والطلبات. يجب على المرضى التعامل معهم من قبل طاقم عمل مرح في المكتب. تسبب

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ابتسامتهم البهجة للمرضى ويصبح التعامل معهم بشكل أسهل. يجب أن يكون موظفو الاستقبال في السجلات الطبية قادرين على اتخاذ قرار سريع بما يرضي كل من المريض ومصالح المنظمة.

التعامل مع الهواتف

يجب أن يكون قسم الاستعلامات والسجلات الطبية متصلًا جيدًا عن طريق الهاتف والاتصال الداخلي بجميع العيادات وغيرها من المجالات المهمة في قسم العيادات الخارجية، لذلك يجب أن يكون فني السجل قادراً على التعامل مع المكالمات الهاتفية (الشكل 2-2).



الشكل 2.2 - التعامل مع الهاتف.

وضوح الكلام: الوضوح عند التحدث على الهواتف أمر ضروري. في حالة الشك، قد يعيد الموظف تكرار ما قاله بالفعل وتأكيدده. غالبًا ما يفقد طاقم السجلات الطبية الذي يتحدث بسرعة كبيرة وضوح الكلام. اجعل دائمًا الكلام واضح؛ لذلك يجب الانتباه عند استقبال المكالمات الواردة ومكالمات المريض المقيم. قد يؤدي قلة التركيز إلى إعطاء أرقام خاطئة أو نقل رسائل خاطئة، مما قد يكون كارثيًا على المريض.

التركيز / التطبيق والسرعة: يتعين على موظفي السجلات الطبية تطوير التركيز المطلق في عملهم لأن نقص التركيز قد يسبب تأخيرًا في الرد على مكالمات أو منع الاهتمام المناسب في الرد على المكالمات. من المهم أيضًا أن يطبق موظفو السجلات الطبية رأيهم في عملهم وأن يأخذوا عملهم على محمل الجد، لأن هذا سيساعد على تعزيز رضا المرضى.

البهجة: من المهم لموظفي السجلات الطبية أن يكونوا متيقظين ومبهجين أثناء التعامل مع أي مكالمات. يجب أن يكونوا على دراية بأنهم يُسمعون فقط ولا يشاهدتهم أحد، مما يجعل من الضروري أن يبرزوا البهجة في الصوت.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

حذر ومهذب: لا يكفي أن يمتلك موظفو السجلات الطبية جميع الصفات الأخرى؛ ولكن يكونوا حذرين ومهذبين. قد يؤدي الإهمال من جانب فريق السجلات الطبية إلى حصول المرضى على الخدمة السيئة مثل تلقي رقم غير مطلوب أو الحصول على ملحق خاطئ. جنباً إلى جنب مع توخي الحذر يجب أن يكون الموظفون مهذبين كذلك. غالباً ما يكون موظفو السجلات الطبية أول نقطة اتصال مع الجمهور؛ وترتبط سمعة المستشفى بلطف موظفي الاستفسار التابعين لها، يجب أن يحافظ موظفو السجلات الطبية دائماً على توازنهم وأن يكونوا مهذبين، حتى لو كان المريض/ المريضة مزعجة. يجب أن يبذلوا قصارى جهدهم ليكونوا سريعين وأثناء القيام بذلك؛ يجب عليهم إقناع المريض بلطف.

ملخص

يعد مكتب الاستقبال في قسم السجلات الطبية ضرورياً للمرضى الجدد والقدامى للحصول على معلومات مثل موقع مختلف العيادات وإجراءات التسجيل. غالباً ما يكون موظفو السجلات الطبية أول نقطة اتصال مع الجمهور وترتبط سمعة المستشفى بلطف موظفي الاستفسار التابعين لها. مع وجود كمية هائلة من النشاط المحموم، من المحتمل أن تتلاشى التوترات بسهولة. لذلك يجب أن يكون موظفو السجلات الطبية مهذبين مع صبر هائل للاستماع والإجابة على استفسارات المريض التي لا حصر لها. يجب أن يكون الموظف/ الموظفة على دراية أكبر بمكان جميع مرافق وأنشطة قسم العيادات الخارجية والمرضى الداخليين. يتضمن ذلك معلومات تتعلق بالمرافق والتكاليف وأسماء الأطباء والجراحين ومدة الإقامة في المستشفى لجميع العلاجات والمشاكل المتاحة. يجب أن يكون قسم الاستقبال ومناطق التسجيل والسجلات الطبية متصلاً جيداً بالهاتف وأجهزة الاتصال الداخلي مع جميع العيادات وغيرها من المجالات المهمة في خدمات العيادات الخارجية.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- لا غنى عن مكتب الاستعلامات في قسم السجلات الطبية عن نشر المعلومات.
- يجب أن يكون مساعد السجل الطبي نموذجاً يحتذى به في السلوك المألوف مع صبر هائل للاستماع إلى استفسارات عدد لا يحصى من المرضى.
- غالباً ما يكون مساعد السجلات الطبية أول نقطة اتصال مع الجمهور وترتبط سمعة المستشفى بسلوك الموظفين.
- ينبغي أن يكون الموظفون أكثر دراية بموقع جميع مرافق وأنشطة أقسام العيادات الخارجية والمرضى الداخليين.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• أثناء التعامل والتحدث عبر الهاتف، يجب أن يكون هو/ هي أكثر انتباهاً وأن يكون الكلام واضح.

تمرين الطالب

أجب التالي

1. حدد الغرض من مكتب الاستعلامات في قسم السجلات الطبية.

2. ناقش دور مساعد السجلات الطبية في مكتب الاستعلامات.

3. ناقش صفات طاقم السجلات الطبية.

4. كيف ستتعامل دبلوماسياً مع مريض مثير للقلق.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل الثالث

المقاييس والمعايير الخاصة بالسجلات الطبية

المقدمة

يُعتبر حفظ السجلات الطبية بطريقة علمية منظمة من الوظائف الأساسية لقسم السجلات الطبية، وذلك لأنها تحتوي على البيانات والمعلومات الإحصائية الكاملة والواضحة والدقيقة عن المرضى، بالإضافة إلى الحفاظ على سرية هذه البيانات والمعلومات التي تحتاجها الأقسام المختلفة في المستشفى، ويكون هذا من خلال توفير الإشراف والتوجيه الملائم والعمالة المؤهلة اللازمة لأداء جميع الأعمال المطلوبة منهم، مما يدعم إدارة الجودة في المستشفى.

المقاييس والمعايير الخاصة بقسم السجلات الطبية

ليقوم قسم السجلات الطبية بكافة الوظائف والمهام والادوار المناطة به، فلا بد ان من وجود بعض المقاييس والمعايير الخاصة بقسم السجلات الطبية، على ان يتم الالتزام التام بهذه المقاييس والمعايير، وهي كما يلي: (2،15،18،25،26،27،28)

أولاً: يحتفظ المستشفى بسجلات طبية موثقة بدقة وتتسلسل زمني، ويمكن الرجوع إليها بصفة مستمرة لاسترجاع المعلومات والبيانات المطلوبة؛ بما في ذلك البيانات الإحصائية بصورة فورية وبسهولة، ويكون ذلك بما يلي:

1. يتم الاحتفاظ بملف طبي متكامل لكل مريض يتلقى علاجاً في الأقسام الداخلية أو الإسعاف أو العيادات الخارجية.
2. يجب أن يحتوي ملف المريض على المعلومات التعريفية كاملة ونتائج الكشف السريري ونتائج الفحوصات المخبرية وتقارير الأشعة.
3. يجب أن يحتوي ملف المريض على معلومات متكاملة تمكن الأطباء وهيئة التمريض وغيرهم ممن يقومون بالرعاية المستمرة للمريض من تحديد حالة المريض عند مرحلة معينة ومراجعة وتقييم الإجراءات التشخيصية والعلاجية التي خضع لها المريض ومدى استجابته لها.

ثانياً: يجب أن يحتوي الملف الطبي على معلومات تُعرّف بالمريض وتدعم التشخيص وتُبَرِّر العلاج والنتائج النهائية، وهي كما يلي:

1. معلومات تعريفية صحيحة وشاملة عن المريض.
2. التاريخ المرضي ويجب أن يكتب خلال ٢٤ ساعة من تنويم المريض.
3. الكشف السريري ويجب أن يدون خلال ٢٤ ساعة من تنويم المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

4. إقرار خطي من المريض بالموافقة على العلاج بصفة عامة
5. جميع الإجراءات التشخيصية والعلاجية الخاصة بالمريض.
6. جميع التقارير الخاصة بنتائج الفحوصات المخبرية والشعاعية والنوية والاستشارات الطبية وتطور الحالة المرضية والتخدير وأي إجراءات علاجية وجراحية أو تشخيصية أخرى يجب أن ترفق بملف المريض.
7. ملخص الخروج ويكتب عند نهاية فترة التنويم ويشتمل على التشخيص النهائي، ملخص التاريخ المرضي، نتائج والكشف الطبي، النتائج المخبرية والشعاعية والإجراءات العلاجية وأي تعليمات تهم المريض أو عائلته.

ثالثاً: السجلات الطبية هي وثيقة سرية، مصانة، صحيحة، سارية، واضحة وكاملة، ويكون هذا بما يلي:

1. السجلات الطبية هي ملك للمستشفى ويتم الاحتفاظ بها لمصلحة المريض والمستشفى والهيئة الطبية.
2. المستشفى مسؤول عن المحافظة على السجلات الطبية ومحتوياتها من الضياع والتزيف أو الاطلاع عليها من قبل الأشخاص غير المخولين بذلك.
3. يتم إكمال المعلومات لملفات المرضى الذين تم خروجهم من المستشفى خلال فترة لا تتجاوز أربعة عشر يوماً من تاريخ الخروج.

رابعاً: يجب توفير الإشراف والتوجيه للملائم والعمالة المؤهلة اللازمة لأداء جميع الأعمال المطلوبة من قسم السجلات الطبية، ويكون هذا بما يلي:

1. رئيس قسم السجلات الطبية يجب أن يكون مؤهلاً تأهيلاً عالياً حتى يتمكن من الإشراف وإدارة القسم.
2. يجب إعداد المكان والتجهيزات اللازمة لقسم السجلات الطبية لأداء مهامه على الوجه المطلوب.
3. يوفر القسم البيانات والمعلومات الإحصائية الأساسية وذلك بعد تحديد نوعية المعلومات المطلوبة من قبل الإدارة والجهاز الطبي ووزارة الصحة.
4. يجب إعداد خطة لتنمية القوى العاملة بالقسم ويكون رئيس قسم السجلات الطبية مسئولاً عن تنفيذ تلك الخطة.
5. يتم تقييم خدمات قسم السجلات الطبية دورياً.

خامساً: يجب توضيح الدور الذي يقوم به قسم السجلات الطبية في عملية إدارة الجودة (QM)، ويكون هذا بما يلي:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

1. مراجعة ملفات المرضى للتأكد من استيفائها للأسس والمعايير المعترف بها محلياً ودولياً، أما معايير الكشف السريري فهي من اختصاص الجهاز الطبي.
2. المساهمة في اختيار وتصميم النماذج المستخدمة في السجلات الطبية وكذلك ترتيب مكونات السجلات الطبية.
3. اتخاذ الإجراء المناسب للمحافظة على سرية ملفات المرضى.
4. استخدام السجل الطبي كوثيقة في عملية البحث العلمي والتدريب الطبي المستمر.
5. تقييم العناية الطبية من خلال استخدام الملف الطبي.
6. استخراج المؤشرات والإحصائيات الطبية اللازمة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل الرابع

القواعد والأسس الخاصة بالسجلات الطبية

المقدمة

السجل الطبي يُحدّد لمن ومتى وكيف تم تقديم العناية الطبية، كما أنه يعطي تعريفاً للمريض والمكان الذي تم فيه تقديم العناية الطبي، ومع تقدم الخدمات العلاجية والجراحية فإنه قد أصبح من الضرورة الاحتفاظ بسجل طبي لتوضيح العناية الطبية التي نالها كل مريض، لذلك لا بد من وجود القواعد والأسس الخاصة بالسجلات الطبية التي تضمن تحقيق الهدف منها، وهي كما يلي:

أولاً: الوجه القانوني للسجلات الطبية:

تقسم السجلات الطبية إلى نوعين:

أ. سجل طبي كوثيقة شخصية.

ب. سجل طبي كوثيقة غير شخصية.

أ. السجل الطبي كوثيقة شخصية:

يمكن من خلال السجل الطبي التعرف على المريض وذلك بمراجعة التاريخ المرضي والشواهد الطبية والعلاج الذي تناوله المريض، لذا يجب ألا يسمح بالاطلاع على ذلك السجل دون إذن خطي من المريض أو ولي أمره حيث أن المعلومات ذات طابع سري، بينما يسمح للجهات الرسمية المخولة بذلك.^(30,31,32)

لا يسمح للأقارب بالاطلاع على محتويات السجل الطبي إلا بإذن خطي من المريض أو من ولي أمره، ويحفظ هذا الإذن الخطي مع صورة ضوئية أو نسخة كربونية من المعلومات التي كشفت بالملف الطبي للمريض، وعند ودخول المريض المستشفى تحت رعاية طبيب آخر، يسمح للأخير بالاطلاع على سجل المريض دون إذن منه، وكذلك إذا حول المريض إلى مستشفى آخر فيمكن إرفاق ملخص عن حالته دون إذن منه، وفي حالة طلب المريض أي معلومات من سجله الطبي كتقرير طبي يجب استشارة الطبيب المعالج.^(33,34,35)

ب. السجل الطبي كوثيقة غير شخصية:^(36,37,38,39)

في حالة استخدام السجلات الطبية للدراسات والأبحاث فإنها لا تعامل كوثيقة شخصية، وذلك لعدم وجود ما يمس شخصية المريض، كما أن الدراسات والأبحاث تتم بواسطة الأطباء وطلاب الطب وهيئة التمريض والكوادر الطبية المساعدة وجميعهم مقيدون بأخلاقيات وقواعد

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المهنة وسريتها، وفي هذه الحالة فإن السجل يفقد صفته الشخصية وذلك لاستعمال أرقام السجلات بدلاً من البيانات الشخصية التي بداخلها ولهذا لا يستدعى الحال إذن المريض. إذا كان البحث يتم بغرض الدراسة وليس النشر فلا يستدعي استشارة الطبيب المعالج إلا من قبيل الذوق العام. (40,41)

أما إذا كانت دراسة السجل الطبي بغرض النشر فإنه يجب الحصول على إذن الطبيب المعالج، وعندما يكون الباحث من خارج المستشفى فعليه الحصول على موافقة الطبيب المعالج وإدارة المستشفى وموافقة المريض في حال نشر النتائج.

اللجنة المركزية للطب الشرعي:

لهذه اللجنة الحق في طلب أي ملف طبي بالمستشفى ولا يحق لغير هذه اللجنة طلب أي ملف إلا الأشخاص المخولين من قبل المستشفى ووزارة الصحة. (25,30,42)

الإذن بمغادرة المستشفى لفترة قصيرة:

بصفة عامة لا يسمح لأي مريض بمغادرة المستشفى، ولكن يمكن للمريض أخذ إذن بذلك لمدة لا تتجاوز ٤٨ ساعة بعد موافقة الطبيب المعالج، وإذا لم يعد المريض خلال تلك المدة يتم إكمال إجراءات خروجه من المستشفى ويجب كتابة وقت خروج وعودة المريض في ملفه الطبي.

ثانياً: الإقرارات الخطية: (30,31,32,33,34,35)

- يجب الحصول على موافقة خطية من المرضى أو أولياء أمورهم الشرعيين على العلاج الدوائي أو الجراحي عند استقبال أو تسجيل المرضى.
- يتم الحصول على الإقرار أو الموافقة العامة على العلاج الدوائي أو الجراحي بواسطة المختصين في مكتب الدخول روتينياً لكل حالات الدخول بينما الموافقة الخاصة أو الإقرار الخاص بالعمليات الجراحية فيجب الحصول عليها بواسطة ممرض القسم أمام شهود ومع ذلك فإن المسؤولية القانونية تقع على الطبيب المعالج أو الجراح الذي سيجري العملية، وفي حالة تعذر الحصول على الموافقة الخطية مثل الحالات الإسعافية التي تحتاج إلى عمليات جراحية لإنقاذ حياة المريض، فيجب في مثل هذه الحالات الإسعافية وفي غياب الأقارب أن يدون في ملف المريض أن العملية الجراحية عاجلة ويجب إجراؤها لإنقاذ حياة المريض ولا يمكن تأخيرها أكثر من ذلك ويجب أن يوقع اثنين من الأطباء بمن فيهم الجراح الذي سيجري العملية.
- عند تنويم وتخريج المريض القاصر يجب أخذ إقرار خطي من ولي أمره، ويؤخذ هذا الإقرار بموجب نموذج رسمي من قبل موظف مكتب التنويم والتخريج، وفي الحالات الطارئة التي

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يدخل فيها المريض إلى المستشفى أو في حال عدم وجود ولي أمره يجب أن يتم أخذ ذلك في وقت متأخر بعد التنويم.

ضوابط تنويم وتخرج المرضى من المستشفيات: (42,43)

يحق لأي من المذكورين تالياً الموافقة على التنويم أو تخرج ذويه من المرضى القصر الذين تقل أعمارهم عن (١٨ عاماً) وهم الأب، الأم - لا تقبل الأم بالرضاعة، الأخ، الأخت.

1. يحق لأي من المذكورين تالياً الموافقة على تنويم أو تخرج ذويه من المرضى فاقدى الأهلية وهم الأب، الأم، الأخ، الأخت، الابن، الابنة.

2. المريض العاقل البالغ من العمر (18 عاماً) فما فوق يعتبر مخولاً عن نفسه في توقيع إقرارات التنويم والتخرج (ما لم يكن غير قادر من الناحية الجسدية على ذلك فيحق لأي من أقربائه المرافقين له التوقيع على هذه الإقرارات). بالنسبة إلى المريضات العاقلات اللواتي أعمارهن فوق (18 عاماً) وبعد توقيعهن إقرار الخروج من المستشفى يتم تسليم المريضة لولي أمرها (الزوج، الأب، الأم، الأخ، العم، الوكيل الشرعي) مع الملاحظة أن الأم بالرضاعة لا تقبل.

3. أي وكيل شرعي يحمل وكالة شرعية من غير المذكورين في البنود (1-3) أعلاه.

4. يشترط فيمن يخول بالموافقة على تنويم أو تخرج ذويه من المرضى القصر الآتي:

أ. أن لا يقل عمره عن (18 عاماً)

ب. أن تكون صلته بالمريض صلة أصيلة ولا تقبل الصلة بالرضاعة.

ت. إثبات هويته بوثيقة رسمية سارية المفعول.

5. يخضع توقيع الإقرارات الطبية الخاصة بالعمل الطبي أو الجراحي إلى موافقة المريض البالغ العاقل سواء كان ذكراً أو أنثى، أما غير البالغين أو فاقدى الأهلية العقلية فيوقع عنهم الأشخاص المخولين بإدخالهم وإخراجهم حسب ما ورد بالبنود 1-4 أعلاه.

6. إذا ثبت بعد التنويم أو تخرج المريض أن ولي الأمر المحدد بالبنود 1-4 أعلاه غير كامل الأهلية بسبب مرض يمنعه من اتخاذ قرار سليم فإن مستشفيات الوزارة لا تتحمل أي مسؤولية قانونية من جراء عملية التنويم أو التخرج.

7. يتم تطوير النماذج ذات العلاقة بإقرارات التنويم والتخرج الخاصة بإجراءات العمل الطبي والجراحي والعلاجي من قبل الإدارة العامة للمستشفيات بالوزارة بما يضمن حسن تنفيذ وتطبيق هذه التوصيات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

8. تنوم الحالات الطارئة التي يقررها الطبيب بصورة فورية ويقدم لها العلاجات التي تستدعيها بموافقة اثنين من الأطباء الاستشاريين أو الأخصائيين على أن تستكمل فيما بعد إجراءات التنويم والتخريج وتوقيع الإقرارات اللازمة من قبل مكتب الدخول والخروج.

ثالثاً: إصدار المعلومات: (30)

كل المراسلات الخاصة بطلب معلومات عن المرضى يبت فيها مدير المستشفى أو من يفوضه بذلك خطأً.

رابعاً: الجودة النوعية: (44،45)

1. المراقبة النوعية: وهي إجراءات التقييم التي تجري بانتظام للتأكد من تنفيذ السياسات والمعايير الموضوعية للسجلات الطبية وتشمل هذه الإجراءات المراجعة النوعية والكمية للسجلات الطبية وتقييم خدمات السجلات الطبية والرعاية الصحية المقدمة للمرضى.
2. التحليل الكمي: التحليل الكمي هو مراجعة السجلات الطبية للتأكد من اكتمالها ودقتها واستيفائها للمعايير الموضوعية من قبل الوزارة أو لجنة السجلات الطبية بالمستشفى وعلى موظفي السجلات الطبية مسئولية إجراء هذا التحليل بانتظام على سجلات مراجعي العيادات الخارجية والمرضى المنومين.
3. التحليل النوعي: ويقصد به مراجعة السجلات الطبية للتأكد مما يلي:
 1. احتواء السجلات على المعلومات التي تبرر التشخيص والعلاج والنتائج النهائية.
 2. أن تكون الآراء مدعومة بالحقائق الموجودة.
 3. الخلو من التناقضات والأخطاء.
4. تقييم خدمات السجلات الطبية: وهذا النوع من التقييم يجب أن يفي بالمعلومات عن مدى فعالية تأدية خدمات السجلات الطبية وكمثال: مدى الدقة وترتيب وفهرسة أسماء المرضى والنسبة المئوية لملفات المرضى الحاصلين على مواعيد بالعيادات الخارجية عند بدء العمل بها، ومدى دقة وترميز الأمراض، وإلى أي مدى من الدقة يتم تسليم التقارير في الوقت المناسب، وعلى مسؤول السجلات الطبية تقييم العمل، وعلى لجنة السجلات الطبية بالمستشفى أن تراجع هذا التقييم وتتخذ الإجراء المناسب.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

خامسا: التحكم بالنماذج: (46,47)

تصميم وإعداد نماذج السجلات الطبية هو من يقع تحت مسؤولية لجنة السجلات الطبية وعلى المستشفى أن توفر هذه النماذج وعلى مسؤول السجلات الطبية أن يقوم بطلب النماذج قبل وقت كاف وعليه أن يوفر احتياجات الستة شهور القادمة على الأقل.

نماذج المستشفيات/السجلات/البطاقات:

جميع نماذج المستشفى الأساسية والمتخصصة وأنواع السجلات مثل سجل المواليد والوفيات والعمليات... الخ، والبطاقات المفهرسة مثل بطاقة التشخيص والعمليات الخ...، تُصمَّم بحيث تتوافق مع المعايير الدولية، وتُعدُّ من قبل الوزارة، ولا يحق لأي شخص أن يغير حجمها أو شكلها أو محتواها إلا بتصريح خطي من الجهة المخولة بذلك بالوزارة، وحسب المعايير الدولية تم اقتراح الأحجام الآتية للنماذج المختلفة:

- 1- النماذج الأساسية والمتخصصة: (4A) نماذج تدوين تاريخ المرض، نماذج الكشف الطبي، نماذج المتابعة، نماذج تسجيل الحرارة والنبض والتنفس (الرسم البياني) ونماذج تقرير المختبر ونموذج طلب وتقرير الأشعة.
- 2- نماذج طلبات الفحوص والتقارير المخبري: (6B) مثل نماذج المختبر لعلم الأمراض، الكيمياء الحيوية، الأحياء الدقيقة، الأشعة.
- 3- جميع النماذج الكبيرة للطلبات والتقارير يجب أن تكون من حجم (A, 5A4).

سادسا: العيادات الشاملة:

تلتزم المستشفيات التي لا يمكن تطبيق نظام المواعيد بها بنظام العيادة الشاملة، وذلك بتوفير الأطباء العموميين للكشف على جميع مرضى العيادات الخارجية من جميع التخصصات أو الأقسام.

يجب أن يكون موقع العيادة الشاملة بالقرب من المدخل الرئيسي للعيادات الخارجية ويتم تسجيل كل المرضى أو إعطائهم ملف مسح من أصل وصورة ويقوم الطبيب بالكشف على المريض وكتابة العلاج على نفس الملف حيث يبقى الأصل مع المريض وتستعمل الصورة لصرف الدواء من الصيدلية حيث تبقى هناك، وفي حالة المريض الذي يحتاج لاستشارة أخصائي يقوم طبيب العيادة الشاملة بتحويله مع نبذة كاملة ومختصرة عن حالته المرضية وإذا راجع المريض العيادة الخارجية للمرة الثانية فيلزمه استخراج ملف مسح جديد.

سابعاً: السجلات الطبية الخاصة بمنسوبي المستشفى: (9,15,18)

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

1. بصفة عامة يجب على كل مستشفى تخصيص عيادة لعلاج العاملين بالمستشفى وأسرهم وعلى إدارة المستشفى إعداد قائمة بأسماء منسوبيها وأسرهم وإرسالها لتلك العيادة وكذلك لقسم السجلات الطبية.
2. يتم تسجيل المريض أولاً في السجل المركزي ثم يرسل الملف لقسم السجلات الطبية لفتح الملف على أن تكون الملفات ذات ألوان خاصة حتى يمكن تمييزها عن الملفات الأخرى.
3. على العاملين بالمستشفى وأسرهم التقيد بمراجعة العيادة الخاصة بهم للعلاج أو التحويل للعيادات الأخرى.
4. يتم إكمال السجلات الطبية الخاصة بمنسوبي المستشفى ومراجعتها حسب لوائح ونظم السجلات الطبية ويتم الاحتفاظ بها حتى يترك الموظف العمل بالمستشفى.

ثامنا: ممتلكات المريض:

يعتبر مكتب الدخول مسئولاً عن حفظ ممتلكات المريض الخاصة في حالة عدم وجود أقرباء للمريض عند تنويمه بالمستشفى.

تاسعا: خدمات المختبر والأشعة والصيدلة: (9،18)

خدمات المختبر:

- 1) جميع طلبات الفحوصات يجب أن تكتب على النماذج الخاصة بذلك.
- 2) على المختبر أن يضع نظام تسجيل صحيح حيث يتم حصر وتسجيل طلبات الفحوصات وكذلك التقارير الصادرة بخصوص تلك الفحوصات.
- 3) منذ كتابة تقرير الفحص على نموذج منفصل عن نموذج طلب الفحص على المختبر كتابة المعلومات التعريفية على هذا النموذج.
- 4) تصدر التقارير من أصل وصورة ويرفق الأصل بملف المريض ويصبح جزء منه أما الصورة فتحفظ في المختبر.
- 5) لكل مختبر رقم يطلق عليه رقم المختبر يبدأ من ٠٠٠٠٠١ ويستمر لمدة خمس سنوات أو يصل إلى الرقم ٩٩٩٩٩٩.
- 6) لا بد من وجود سجل مرجعي تثبت فيه الفحوصات التي أجريت لأي مريض وفي أوقات مختلفة خلال فترة الرعاية الطبية المقدمة لهم وتكتب أمام الرقم المخصص له عند دخول المستشفى (رقم المستشفى) ليسهل على العاملين الرجوع للفحوصات التي أجريت للمريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

(7) حفظ صور التقارير الصادرة من المختبر وتنطبق عليها التعليمات المستديمة الصادرة بشأن حفظ السجلات الطبية.

(8) ترسل جميع التقارير المخبرية المتعلقة بالمريض لقسم السجلات الطبية وذلك لحفظها حسب الجدول المعد لذلك.

(9) يعد المختبر تقريراً إحصائياً شهرياً بالفحوصات التي أجريت ويرسل لقسم السجلات الطبية وذلك قبل اليوم الخامس من بداية الشهر.

قسم الأشعة: (24.56)

(١) يجب أن تكتب طلبات الأشعة على النماذج الخاصة بذلك.

(٢) يجب أن تحتوي جميع طلبات الأشعة على البيانات التعريفية وشكوى المريض والتاريخ وتوقيع الطبيب المعالج .

(٣) تكتب التقارير من أصل وصورتين ويوضع الأصل مع صور الأشعة بالملف والصورة الأولى ترسل إلى قسم السجلات الطبية لتوضع في ملف المريض بينما تحفظ الصورة الثانية في قسم الأشعة كمرجع.

(٤) لقسم الأشعة رقم خاص يطلق عليه رقم الأشعة ويبدأ من ٠٠٠٠٠١ ويستمر لمدة خمسة سنوات على الأقل أو حتى يصل الرقم إلى ٩٩٩٩٩٩.

(٥) على قسم الأشعة الاحتفاظ بسجل مرجعي يتم فيه تسجيل المرضى ورقم المستشفى وصور الأشعة التي أخذت لكل مريض وتواريخها والغرض من هذا السجل هو مساعدة موظفي قسم الأشعة في الرجوع إلى صور الأشعة التي سبق أخذها للمريض.

(٦) صور الأشعة الخاصة بالعيادات الخارجية وقسم التنويم تحفظ حسب نظام الرقم الأخير، أما صور الأشعة الخاصة بالإسعاف والطوارئ فتحفظ حسب التسلسل الرقمي في الملفات.

(7) السجلات القديمة وتشمل التقارير والملفات والبطاقات المفهرسة التي لها علاقة بالمرضى في قسم الأشعة يجب إرسالها إلى قسم السجلات الطبية للحفظ أو الإتلاف حسب الجدول الزمني للتخزين.

(٨) على قسم الأشعة الاحتفاظ بإحصائيات عن كل الفحوصات التي تمت بالقسم وتقديم تقرير إحصائي شهري لقسم السجلات الطبية قبل اليوم الخامس من بداية كل شهر.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

قسم الصيدلة: (9،18)

قسم الصيدلة مسئول عن صرف الدواء للمرضى بموجب وصفة طبية محررة على نموذج خاص موقع عليه من قبل الأطباء المعالجين وعلى المشرفين على قسم الصيدلة التأكد من صحة الوصفة الطبية وهوية المريض قبل صرف الدواء، تقوم الصيدلية بحفظ نماذج الوصفات الطبية وفي حالة صرف الأدوية المخدرة يجب توشي الحرص وذلك بالاحتفاظ النسخة من الوصفة الطبية في ملف المريض.

عاشرا: مسؤولية حفظ معلومات السجلات الطبية: (1،11،48)

البيانات الشخصية:

١. السجلات الطبية يجب أن تشمل على بيانات شخصية كاملة وصحيحة تدون عند التسجيل وتشمل:

- الاسم الكامل (رباعي).
- تاريخ الميلاد.
- مكان الميلاد.
- الجنس.
- الديانة.
- الحالة الاجتماعية.
- اسم الأم.
- المهنة.
- العنوان البريدي كاملاً ورقم تلفون المنزل والعمل.
- عنوان أقرب المقربين للمريض ورقم التلفون.
- رقم المستشفى.
- تاريخ التسجيل.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المعلومات السريرية: (1,2,25,19)

أ- تقع مسئولية تدوين المعلومات الطبية عن المرضى على الأطباء المشرفين على علاجهم ويعتبر رئيس القسم أو الوحدة مسؤول بشكل نهائي عن استكمال ودقة المعلومات.

ب- يجب مراجعة كل الملفات عند خروج المريض، وأثناء مراجعة الملف لاستكمالها قبل توقيعه وعلى الطبيب المعالج التأكد من أن التقارير ذات العلاقة مرفقة وكاملة من كافة الوجوه، وبالتحليل النهائي يكون الملف شاملاً ومبرراً للتشخيص ومسوغاً للعلاج والنتائج النهائية.

ج- هيئة التمريض مسئولة عن استكمال ودقة تسجيل معلومات العناية التمريضية.

د- الآخرون: يشمل الكوادر من غير الأطباء وهيئة التمريض خاصة الكوادر الطبية المساعدة المسئولون عن التسجيل الصحيح للبيانات ذات العلاقة بالعلاج.

هـ- تصنف جميع سجلات المرضى الطبية حسب التصنيف الدولي للأمراض (10-ICD) حسب آخر مرجع صدر من منظمة الصحة العالمية.

تصنيف العمليات: (4,49,50,51,52)

تصنف جميع سجلات المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية حسب التصنيف الدولي للعمليات الجراحية (10-ICD) الصادر من منظمة الصحة العالمية.

* فهارس الأمراض والعمليات:

أ. فهرس مراجعي العيادات الخارجية والمرضى المنومين والحالات الإسعافية.

ب. الفهرس العام للمرضى.

ج. جميع المرضى المعالجين بالمستشفى أو المراجعين للعيادات والمنومين يكون لهم فهرس عام وتستكمل المعلومات المطلوبة في هذا الفهرس.

احدى عشر: التحكم في حركة السجلات الطبية:

جميع ملفات المرضى سواء المنومين أو مرضى العيادات الخارجية أو الإسعاف تحفظ في قسم السجلات الطبية تحت مسئولية موظفي السجلات الطبية والإجراءات التالية تساعد على التحكم في حركة السجلات الطبية:

● ملفات الحالات الإسعافية: جميع الملفات الطبية التي تعد وترسل إلى طبيب الإسعاف لعلاج المريض يجب تجميعها حال الانتهاء من تقديم الرعاية اللازمة للمريض وتحفظ في

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مكان منفصل لهذا الغرض في قسم السجلات الطبية وليس من حق أي شخص (ويشمل ذلك الأطباء) الاحتفاظ بالسجل.

- ملفات العيادات الخارجية: هي الملفات التي ترسل إلى العيادات الخارجية لعلاج المرضى، وبعد أن يتم الكشف على المريض وعلاجه بالعيادة الخارجية يعاد الملف إلى مساعد فني السجلات الطبية المسؤول عن العيادة ولا يسمح لأي شخص (ويشمل ذلك الأطباء) الاحتفاظ بالسجل.

- الملفات الطبية للمرضى المنومين: هي الملفات التي تنظم للمرضى الذين يحتاجون للرعاية الطبية داخل المستشفى.

وأثناء فترة إقامة المريض بالمستشفى تكون ممرضة القسم هي المسئولة عن هذه الملفات (المرضى المنومين لأكثر من ٤٨ ساعة)، وعلى موظف السجلات الطبية المرور يومياً على كل الأقسام وجمع الملفات الطبية للمرضى الذين تم خروجهم من المستشفى سواء كانت مكتملة أم لا، أما في حالة الحاجة للاحتفاظ بملف المريض بعد خروجه فعلى ممرضة القسم معرفة سبب الاحتفاظ بالملف وتوضيح ذلك لمساعدة موظف السجلات، على أن يعاد الملف بعد ذلك لقسم السجلات الطبية في مدة لا تتجاوز ٤٨ ساعة من تاريخ خروج المريض.

- نقل السجلات الى مستشفيات اخرى: لا يسمح قطعاً بنقل ملف المريض من مستشفى لآخر، ومع ذلك فإن تقريراً مفصلاً عند الخروج يرسل للطبيب الذي سيتولى العلاج وفي حالات استثنائية يمكن إرسال صورة ضوئية للملف مع الاحتفاظ بالملف الأصلي وعدم التصرف فيه بأي حال.

- سجلات المستشفيات الأخرى: أي ملف طبي خاص بمستشفى آخر يتم استلامه بغرض تقديم الرعاية الطبية للمريض يتم نقل كل المعلومات في الملف الطبي الجديد بالمستشفى الذي يعالج المريض حالياً وعند إكمال نقل المعلومات يعاد الملف بما فيه من تقارير الأشعة والمختبر وغيرها إلى المستشفى الذي حول منه عند خروج المريض وتتبع نفس الخطوات في حالة الوفاة.

اثنا عشر: المواليذ والوفيات:

يجب الاحتفاظ بسجل للمواليذ بالمستشفى يسجل فيه المواليذ الأحياء والمتوفون.

- المواليذ الأحياء:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المولود الجديد الحي يجب تسجيله كامريض تماماً ويخصص له رقم بالمستشفى في ملف منفصل ويسجل رقم الأم في الملف الطبي للطفل وبالمثل فإن الإدراج المتقابل لرقم الأم والابن في فهرس بطاقة المريض لكل منهما مهم في مثل هذه الحالات.

● المواليد التوأم أو المتعدد:

في حالة المواليد التوأم أو المتعدد يجب عمل ملف لكل منهم ويحتفظ المولود الأول برقم المستشفى الأسبق.

● المواليد المتوفون:

بالنسبة للمواليد المتوفين فإن شهادة التبليغ عن الولادة وشهادة التبليغ عن طفل وُلِدَ ميتاً والتي يحررها الطبيب تحل محل الملف ولا يفتح لهم ملف ولا يخصص لهم رقم مستشفى.

● موت الأجنة:

هو موت ناتج عن الإخصاب قبل استكمال لفضة أو خروجه من الأم بصرف النظر عن مدة الحمل ويحدد ذلك بعدم وجود علامات حيوية مثل نبض الجنين والحركة.

● تبليغ الولادة (المواليد الأحياء والأموات):

- يتم التبليغ عن الولادة وفق النماذج المخصصة لذلك وهي نموذج التبليغ عن الولادة لطفل حي ونموذج التبليغ لطفل ميت.

- تكون نماذج التبليغ مستوفية كافة المعلومات موقعه ومصدقة ومختومة حسب الأصول وأن تكون بصمات القدمين للمولود وبصمة الإبهام الأيسر والأيمن للأم مرتين عند الولادة والأخرى عند الخروج وذلك باستخدام الأحبار المناسبة.

- يتم إعداد نموذج تبليغ الولادة من نسختين الأولى تسلم للمبلغ لمراجعة الأحوال المدنية ليتم على ضوءها تسجيل واقعة الولادة، والثانية تحفظ بشكل دائم في السجل الطبي للأم للمولود إذا أدخل قسم الحضانة في المستشفى الذي سجلت فيه واقعة الولادة، كما أنه يتم توثيق تبليغ الولادة ألياً وبصورة كاملة وحسب التعليمات التي تصدر بذلك.

ثلاثة عشر: تسجيل حالات الأورام السرطانية: (49،50)

- على جميع المستشفيات أن تحتفظ بسجل خاص بحالات السرطان لتسجيل الحالات التي تثبت أنها أورام خبيثة ويخصص لكل حالة رقم تسجيل منفصل إلى جانب رقم المستشفى بالسجل، كما أن جميع حالات السرطان تصنف حسب تعليمات وزارة الصحة أو المؤسسات والمعاهد العالمية المتخصصة بالأورام.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

اربعة عشر: الأمراض المعدية:

- يتم إبلاغ الجهات المسئولة بأسماء المرضى المعالجين بسبب الأمراض المعدية والسارية عن طريق قسم السجلات الطبية وفق النماذج المخصصة لذلك.

خمسة عشر: استخراج الشهادات والتقارير الطبية:

- يتم استخراج الشهادات والتقارير الطبية من أصل وصورة بواسطة الطبيب المعالج عن طريق قسم السجلات الطبية ويعطى المريض أصل الشهادة الطبية بينما تبقى الصورة في ملف المريض.

سنة عشر: تجميع البيانات الإحصائية من المستشفى:

- على كل المستشفيات تجميع وتصنيف أنواع مختلفة من الإحصاءات حسب ما تحدده وزارة الصحة.

سبعة عشر: حفظ السجلات وصيانتها: (7,43)

- صيانة وحفظ السجلات الطبية القديمة والبطاقات المفهرسة في قسم السجلات الطبية والوحدات الأخرى.

- جميع السجلات والبطاقات المفهرسة والملفات ذات العلاقة المباشرة بالرعاية الطبية للمريض يجب حفظها في قسم السجلات الطبية، وعلى قسم السجلات الطبية أن يقوم بجمع السجلات القديمة والملفات من الوحدات وأقسام الإسعاف والعيادة الخارجية الخ... ويصنفها بإعطائها رقم سجل قديم. الملفات القديمة تحفظ في مكان معين لوقت محدد وبعدها يجري التخلص منها حسب القواعد الموضوععة تحت عنوان (حفظ السجلات الطبية).

- نظراً للضغط على أماكن حفظ السجلات الطبية والملفات فقد وضع الجدول الزمني للاحتفاظ بالسجلات الطبية والملفات وذلك للتمشي بموجبه في المستشفيات ومع ذلك فإن المستشفيات التعليمية يمكنها الاحتفاظ بالسجلات لمدة أطول مما هو بالجدول شريطة أن يتوفر المكان المناسب لحفظها. يجب الاهتمام بحفظ السجلات الطبية وحمايتها من الحشرات والنمل ومنع تعرضها للجو الحار أو الجاف ووضعها في مكان خال من الغبار والرمل ومنع وصول الماء والرطوبة والنار إليها ووضع طفايات الحريق في المكان المناسب لمكافحة أي حريق محتمل.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ثمانية عشر: تخزين السجلات الطبية بواسطة الميكروفيلم: (4.8.20)

تحفظ السجلات الطبية للمرضى بعد تحويلها إلى ميكروفيلم حسب تعليمات وزارة الصحة وينصح بوضع علامات ملونة على السجلات الطبية لتمييز أنواع الحالات:

✓ اللون الأسود: سجلات الوفيات.

✓ اللون الأخضر: سجل حالات التنويم.

✓ اللون الأصفر: سجل حالات العيادات الخارجية.

✓ اللون الأحمر: سجل حالات الطب الشرعي.

تسعة عشر: استخدام الحاسوب في حفظ السجلات الطبية: (28.35.47)

على موظف قسم السجلات الطبية والإحصاء تطبيق تقنية المعلومات المعتمدة في حفظ السجلات الطبية وحسب التعليمات التي تصدر بذلك.

عشرون: تعليمات عامة:

يجب ملاحظة هذه التعليمات بكل دقة ليكتمل ملف المريض:

1. يجب أن يشتمل كل نموذج من نماذج السجل الطبي على البيانات التعريفية مثل (اسم المريض، رقم المستشفى، العمر، الجنس، رقم الهويةالخ).
2. يجب التأكد من وضوح الإضافات المدونة على الملف الطبي ويشمل ذلك النماذج وطلبات الفحوصات والتقارير حتى يسهل تصويرها فيما بعد بالميكروفيلم وحفظها على الأقراص الضوئية.
3. لذا ينصح باستخدام حبر من النوع الأسود وعدم استعمال أقلام المرسم والحبر الفاتح كما يجب تسجيل التاريخ والتوقيع عليها باستخدام الاسم الكامل وبيان الوظيفة ويفضل ختم الشروحات التي يدونها الطبيب باسمه والتوقيع على ذلك.
4. لا يسمح بإزالة أي جزء من السجل الطبي وأي تصحيحات يراد عملها توضح بواسطة دائرة توضع حول المطلوب تصحيحه وبعد ذلك يتم التصحيح ويوقع عليه.
5. لا يتم تنويم المريض إلا بإذن دخول مدون بواسطة الطبيب المعالج.
6. لا يتم خروج المريض إلا بإذن خروج موقع من الطبيب المعالج.
7. كتابة التشخيص المبدئي عند دخول المريض.
8. كتابة التشخيص بوضوح دون اختصارات أو رموز.
9. وضع الرموز والاختصارات المتعارف عليها في قائمة منفصلة واطلاع الموظفين والأطباء عليها ولا يجوز استعمال أي اختصارات من خارج هذه القائمة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

10. على الاستشاري أو من ينوب عنه كتابة التشخيص النهائي شاملاً المرض الأساس والأمراض المقترنة به، وكذلك حالة المريض عند الخروج والتوصية والنتيجة قبل خروج المريض من المستشفى.

11. في حالة الوفيات يجب كتابة سبب الوفاة إن أمكن وعند إجراء تشريح الجثة لمعرفة سبب الوفاة يكتب ملحوظة (أجرى تشريح للجثة) في الملف الطبي.

12. في حالة عدم التوصل إلى البيانات الشخصية في بعض الحالات يجب توضيح سبب ذلك في ملف المريض.

❖ استمارة الدخول والخروج:

1. عند تعبئة الاستمارة يجب التأكد من النقاط التالية:
2. تسجيل المعلومات التعريفية عن المريض في كل النماذج والتقارير.
3. كتابة التشخيص المبدئي عند دخول المريض للمستشفى.
4. كتابة التشخيص النهائي إن وجد والأمراض المصاحبة.
5. تسجيل العمليات الجراحية التي أجريت للمريض من قبل ونتائج تلك العمليات.
6. توقيع الطبيب المعالج على الاستمارة عند خروج المريض.

❖ التاريخ المرضي والكشف السريري يشمل على:

1. تسجيل التاريخ المرضي لجميع المرضى المنومين.
2. يشتمل التاريخ المرضي على (الشكوى الرئيسية وتحليلها، التاريخ المرضي السابق للمريض وأسرته، الحالة الاجتماعية والبيئية).
3. يشتمل الكشف السريري على كل أجهزة الجسم (الجهاز التنفسي، الهضمي، الدوري) وتسجيل العلامات المرضية السالبة والموجبة.
4. يتم تسجيل التاريخ المرضي والكشف السريري في مدة لا تتجاوز ٢٤ ساعة من دخول المريض.

❖ استمارة الدخول والخروج:

1. يجب كتابة الاستشارة المطلوبة على النموذج الخاص بذلك.
2. بعد الكشف الطبي على المريض يقوم الاستشاري بكتابة مريثاته على نفس النموذج ثم يوقع على ذلك.
3. النموذج ثم يوقع على ذلك.

❖ نموذج التطور المرضي:

1. كتابة التطور المرضي لكل مريض حسب حالته وحسب الحاجة لذلك وفي كل الأحوال ينبغي كتابة التاريخ وامضاء الطبيب المعالج.
2. يشتمل التطور المرضي للحالة على كتابة ملخص لحالة المريض عند الدخول

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

3. كتابة التطور المرضي للحالة كل يوم أو كل ساعة في الحالات الحادة أو الخطيرة.
4. تفادي العبارات غير المحددة في كتابة التطور المرضي.
5. يتم التوقيع على نموذج التطور المرضي بواسطة الطبيب المعالج كما يجب كتابة التاريخ.

❖ نموذج أوامر الطبيب:

1. يجب أن تكون أوامر الطبيب واضحة ومحددة ومكتوبة بالحبر وموقع عليها بواسطة الطبيب وختمها بالختم المخصص له.
2. عدم استخدام الهاتف والأوامر الشفوية في مخاطبة هيئة التمريض وأطباء الامتياز وفي حالة الضرورة يجب تسجيل المعلومات في الملف الطبي للمريض والتوقيع عليها من قبل الطبيب الذي أعطى الأمر.

❖ نموذج نقل الدم:

1. يعتبر نموذج طلب نقل الدم جزء من ملف المريض.
2. يشتمل طلب نقل الدم على فصيلة الدم وكمية الدم التي سيتم إعطاؤها للمريض مع توقيع الطبيب المعالج.
3. تسجيل الوقت الذي تم فيه إعطاء الدم للمريض وأي مضاعفات لذلك إن وجدت.

❖ نموذج التخدير:

1. يتم إضافة هذا السجل إلى كل المرضى الذين تعرضوا للتخدير.
2. يشتمل نموذج التخدير على الأدوية التي تم إعطاؤها للمريض قبل العملية وتاريخها ومفعولها وكذلك نوع المخدر والجرعة.
3. يتم توقيع نموذج التخدير من قبل طبيب التخدير المخول.

❖ نموذج الإقرارات الطبية:

1. قبل إجراء أي عملية أو كشف طبي على الطبيب أن يأخذ إقرار خطي بالموافقة من المريض أو من ولي أمره إذا كان قاصراً أو غير مدرك لهذا الإقرار.
2. العمليات الجراحية تحتاج إلى إقرار خطي من المريض أو ولي أمره الشرعي إذا كان قاصراً أو غير مدرك لهذا الإقرار كما يجب توضيح المخاطر والنتائج التي يمكن حدوثها من جراء العملية.
3. تؤخذ الصور الفوتوغرافية للمريض بعد أخذ إذن المريض أو من ولي أمره.
4. يؤخذ إقرار المريض أو ولي أمره في الحالات التالية:

- الخروج من المستشفى لفترة مؤقتة لا تزيد عن ٤٨ ساعة.

- التبرع بالدم.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- تشريح الجثة.

- التعقيم بعد موافقة الزوجين.

❖ تقرير العمليات:

يتم إضافته إلى ملف المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية ويشتمل سجل العمليات على ما يلي: (التشخيص قبل العملية، نتيجة الاستكشاف، اسم الجزء المستأصل، تشخيص ما بعد العملية، حالة المريض بعد العملية، الجزء الذي تم إزالته وإرساله إلى المختبر، مدة العملية اسم الجراح ومساعديه، اسم طبيب التخدير ونوع المخدر)، ويتم تسجيل هذه الملاحظات بعد نهاية العملية مباشرة أو في مدة لا تتجاوز ٢٤ ساعة ويتم التوقيع عليها بواسطة الجراح.

❖ ملخص الخروج:

1. يتم إضافة ملخص الخروج لكل ملفات المرضى الذين تم إخراجهم من المستشفى.
2. يكون ملخص الخروج مختصراً ويحتوي على المعلومات الأساسية والمهمة.

ويحتوي ملخص الخروج على المعلومات التالية:

- المعلومات الأساسية التي تعرف بالمريض.
- الشكوى الرئيسية.
- ملف التاريخ المرضى.
- التحاليل المهمة (الأشعة والمختبر).
- نتائج فحوصات قسم علم الأمراض.
- العمليات والإجراءات التي أجريت للمريض.
- التشخيص الأولي والثانوي والنهائي.
- الإرشادات والنصائح المقدمة للمريض عند الخروج بما في ذلك نوع العلاج والمواعيد والإجازات . . . الخ.

3. يتم التوقيع على ملخص الخروج بواسطة الطبيب المعالج.

4. يكون ملخص الخروج مكتملاً عند خروج المريض مباشرة وتعطى منه صورة للمريض وحسب العمليات التي تصدرها المستشفى.

❖ نماذج السوائل الداخلة والخارجة:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

إعداد بيان بالسوائل الداخلة والخارجة لكل المرضى المحتاجين لذلك ويحتوي على كل كمية السوائل وتاريخها وتوقيع الشخص المسؤول عن إعداد النموذج.

❖ سجل هيئة التمريض:

يحتوي على كل الخدمات المقدمة من هيئة التمريض للمريض:

1. تقرير مسلسل عن الخدمات التمريضية المقدمة للمريض.
2. سجل هيئة التمريض وسيلة بين هيئة التمريض والفريق الطبي ويدل على الخدمات التي قدمت للمريض ومنه يمكن التعرف على حالة المريض.
3. يمكن الاستفادة منه في إكمال ملف المريض.
4. كل الملاحظات يجب أن توقع ويكتب تاريخها بوضوح.

❖ ملخص الدخول:

يكتب خلال ساعة من دخول المريض ويحتوي على الآتي:

1. وقت دخول المريض.
2. حالة المريض عند الدخول (على نقالة، كرسي متحرك، ماشياً).
3. تسجيل العلامات المرضية الظاهرة.
4. العينات التي أرسلت إلى المختبر ووقت إرسالها.

❖ الملاحظات النهائية الأخيرة:

تكتب عند خروج المريض، وتحتوي على التالي:

1. تاريخ ووقت الخروج.
2. أي إرشادات فيما يخص العلاج أو غيره.
3. حالة المريض عند خروجه من المستشفى.
4. توضيح فيما إذا كان المريض قد خرج دون إذن الطبيب أم لا؟
5. في حالة الوفاة وقت الوفاة واسم وتوقيع وختم الطبيب الذي أعلن حالة الوفاة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الجدول الزمني للاحتفاظ بالسجلات (LOG BOOKS) الطبية

اسم السجل الطبي	مدة الإحتفاظ بالسجل الأصلي بالسنوات	اعتباراً من تاريخ	استخدام المصغرات القلمية أو الحاسب الآلي أو أي تقنية أخرى للاحتفاظ الدائم
سجل الموالي للعيادات الخارجية	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل الوفيات	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل الدخول والخروج	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل المستشفى الرئيسي	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل الطب الشرعي	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل العمليات	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل الدخول والخروج بالجناح	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل المخدرات	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل العدوى والبلاغات	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل الفحوصات الشعاعية	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
سجل الفحوصات المخبرية	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
أية سجلات طبية أخرى	٢	تسجيل آخر حالة بالسجل	نعم
الفهارس (indices)			

الجدول رقم 1.4: الجدول الزمني للاحتفاظ بالسجلات الطبية.

يحتفظ بها بصفة دائمة إما بشكلها الورقي - كاردكس - أو باستخدام الحاسب الآلي		فهرس الأمراض
		فهرس العمليات
		فهرس المرضى الرئيسي
		فهرس الأطباء
التقارير (Reports)		
نعم	١	تقارير إحصاءات الجناح اليومية
نعم	١	التقارير الإحصائية اليومية
نعم	١	التقارير الإحصائية الشهرية
نعم	١	التقارير الإحصائية السنوية
نعم	١	أية تقارير إحصائية طبية أخرى

الجدول رقم 2.4: الجدول الزمني للاحتفاظ بالفهارس والتقارير.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

*الجدول الزمني لتقاعد الملفات الطبية و الصور الشعاعية

استخدام المصغرات الغلمية أو الحاسب الآلي أو أي تقنية أخرى تعتمد للحفظ الدائم	اعتباراً من تاريخ	مدة الاحتفاظ بالسجل الأصلي بالسنوات	الموضوع
الملفات الطبية (medical records)			
نعم	آخر مراجعة للمريض	٥ سنوات	الملفات الطبية لمرضى العيادات الخارجية والمرضى المنومين في المستشفى
أفلام الأشعة (x-ray films)			
نعم	آخر طلب تصوير للمريض	٥ سنوات	أفلام أشعة مرضى العيادات الخارجية والمرضى المنومين في المستشفى

* **التقاعد** / يعني أن يتم فصل الملفات غير النشطة عن الملفات النشطة
ووضعها في مكان آخر وفي حال عدم مراجعة المريض بعد مرور خمسة
سنوات يتم استخدام المصغرات الفلمية أو الحاسب الآلي أو أي تقنية أخرى
تعتمد للحفظ الدائم .

الجدول رقم 3.4: الجدول الزمني لتقاعد الملفات الطبية والصور الشعاعية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل الخامس

مهام قسم السجلات الطبية

المقدمة

يملك قسم السجلات الطبية -كغيره من أقسام المستشفى- هيكلًا تنظيميًا فرعيًا كجزء من الهيكل العام للمستشفى، ويبين هذا الهيكل التنظيم الداخلي لقسم السجلات الطبية الموقع التنظيمي لقسم السجلات الطبية، والشعب والوحدات التي يتكون منها قسم السجلات الطبية، والعلاقة التنظيمية بينها، علاوة على المهام التي تقوم بها كل من هذه الشعب والوحدات.

الموقع التنظيمي:

يقع تحت إشراف المدير المحدد حسب الهيكل التنظيمي.

المهمة:

توفير سجلات طبية متكاملة وفقاً للأصول العلمية لرصد وتدوين المعلومات الاجتماعية والمرضية والطبية والحيوية للمرضى للمستفيدين من خدمات المستشفى لتحقيق كفاءة وفعالية الرعاية الطبية.

المهام: (1،2،25)

١. مراجعة الملفات الطبية الخاصة بالمرضى المنومين والمرضى المراجعين للعيادات الخارجية وقسم الإسعاف والطوارئ للتأكد من احتوائها على جميع النماذج والمعلومات اللازمة.

٢. العمل على استكمال المعلومات والنماذج الناقصة بالتنسيق والتعاون مع الأطباء وهيئة التمريض.

٣. ترتيب نماذج السجلات الطبية وفقاً لتسلسل موحد.

٤. فهرست السجلات الطبية حسب التصنيف الدولي للأمراض والإجراءات والعمليات الجراحية.

٥. حفظ السجلات الطبية والصور والتقارير الشعاعية وفقاً لأفضل الأساليب.

٦. تلخيص وتفريغ المعلومات من السجلات الطبية وفقاً للنماذج المعدة لتسهيل عملية استخدام الملفات الطبية للأغراض المختلفة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

٧. متابعة حركة الملفات الطبية وإعادة حفظها والعمل على تكامل ووحدة الملفات الطبية في حالة تكرار الدخول أو المراجعة بحيث يتم الاحتفاظ بسجل موحد لكل مريض.

٨. الاشتراك في لجنة إدارة الجودة واللجان الأخرى بالمستشفى.

٩. القيام بعملية التسجيل المركزي للمرضى وفتح الملفات الطبية للحالات الجديدة وإعداد فهرس المرضى الرئيسي.

١٠. ترتيب المواعيد وتسجيل الحالات وتنظيم التحويل في العيادات الخارجية.

١١. تسجيل الحالات الإسعافية وحالات الطب الشرعي في قسم الإسعاف والطوارئ وفتح الملفات الطبية، وحفظها، وفهرستها واستعادتها.

١٢. حفظ واستعادة جميع السجلات الطبية المستخدمة في المستشفى والتنسيق مع الأقسام المختصة بهذا الشأن.

١٣. اعداد التقارير والشهادات الطبية وتسجيل حالات المواليد والوفيات واعداد تبليغ الخاصة بها واستكمال جميع الإجراءات المتعلقة بهذا الشأن.

١٤. تسجيل حالات الدخول والخروج بالإقسام الداخلية والقيام بكافة الأعمال ذات العلاقة وترتيب مواعيد الدخول والخروج للأقسام الداخلية والقيام بكافة الأعمال ذات العلاقة وترتيب مواعيد الدخول للحالات العادية ورصد حركة الأسرة.

١٥. توجيه أقارب المرضى باستلام ما بحوزة المريض من نقود ثمينة وعند تعذر ذلك استلامها وتسجيلها في صندوق الأمانات وتزويد المرضى بإيصالات استلام.

١٦. إعداد تقارير شهرية عن نشاطات القسم وإنجازاته والملاحظات والتوصيات المتعلقة بتطوير العمل.

١٧. أي مهام أخرى تسند إلى القسم ضمن اختصاصه.

توزيع مهام قسم السجلات الطبية:

اولاً: شعبة الاستقبال وتشمل الوحدات التالية:

١. فرع التسجيل المركزي والمواعيد:

يعمل لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على مدار السنة بنظام ٣ مناوبات. ويقوم موظفو هذا

القسم بالمهام التالية:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- التحكم في أرقام المستشفى (المستشفيات التي لا تستعمل الحاسب الآلي).
- إعداد الملفات مسبقاً الترقيم (المستشفيات التي لا تستعمل الحاسب الآلي).
- حفظ فهرس المرضى الرئيسي.
- تزويد العيادات الخارجية بالسجلات.
- تسجيل مرضى المتابعة.

٢. فرع العيادات الخارجية:

يعمل موظفو هذا الفرع على تنفيذ المهام التالية:

- جمع السجلات الطبية الخاصة بمرضى المتابعة والمرضى الجدد وتشمل صور الأشعة.
- عمل إحصائية المرضى الذين راجعوا العيادة الخارجية.
- عمل إحصائية المرضى الذين تم تحويلهم للعيادات الأخرى أو للمختبر والأشعة وغير ذلك.
- جمع السجلات وإعادتها لمكتبة السجلات الطبية.

٣. فرع الإسعاف والطوارئ:

يعمل هذا الفرع لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على مدار السنة بنظام (3) مناوبات ويقوم بالمهام التالية:

- التحكم في رقم سجلات الإسعاف (المستشفيات التي لا تستعمل الحاسب الآلي).
- إعداد السجلات مسبقاً الترقيم (المستشفيات التي لا تستعمل الحاسب الآلي).
- تسجيل مرضى الإسعاف.
- تحويل المرضى لأخذ المواعيد أو للتنويم وغيره.
- تسجيل حالات الطب الشرعي.
- جمع تقارير الفحوصات ووضعها في الملفات الطبية الخاصة بها.
- جمع الإحصاءات وحفظ سجلات الإسعاف.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ثانياً: شعبة التنويم والتخريج:

تشكل من مكتب الدخول واقسام المرضى الداخلية:

١. مكتب الدخول:

- ويعمل هذا الفرع لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على مدار السنة بنظام (3) مناوبات ويقوم بالمهام التالية:
- تسجيل المرضى المنومين وكذلك الذين تم إخراجهم من المستشفى.
- التحكم في لوحة الأسرة (المستشفيات التي لا تستعمل الحاسب الآلي).
- الاحتفاظ بمعلومات عن المرضى المنومين والذين تم خروجهم.
- حجز الأسرة للمرضى الذين سيتم تنويمهم.
- حفظ ممتلكات المرضى.

٢. فرع الأقسام الطبية (أقسام المرضى):

موظف الجناح مسؤول عن أداء المهام ذات العلاقة بقسم السجلات الطبية و فيما يلي المهام الرئيسية للفرع:

- تسجيل المرضى المنومين والذين تم خروجهم.
- استلام تقارير الفحوصات ووضعها في الملفات الخاصة بها.
- إعطاء المواعيد للمرضى المتخرجين في حالة المتابعة.
- إعداد وإصدار الإحصاء اليومي للمرضى المنومين.

ثالثاً: شعبة حفظ السجلات الطبية:

يعمل هذا الفرع لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على مدار السنة بنظام (3) مناوبات ويقوم بالمهام التالية:

- استخراج واسترجاع ملفات مرضى العيادات الخارجية.
- استخراج واسترجاع ملفات مرضى الإسعاف.
- استخراج واسترجاع ملفات مرضى التنويم.
- حفظ جميع النماذج والتقارير والطلبات في الملفات الخاصة بها.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- استخراج واسترجاع الصور الشعاعية.

تقسم هذه الشعبة إلى الوحدات التالية:

- وحدة إعداد سجلات العيادة الخارجية: وتقوم بالمهام التالية:
 - استلام السجلات من العيادة الخارجية وترتيبها حسب النظام المتبع.
 - استلام تقارير الأشعة ووضعها في الملفات الطبية الخاصة بها.
 - مراجعة السجلات لمعرفة النواقص ومن ثم عمل الترتيبات اللازمة لإكمال تلك النواقص.
- وحدة إعداد سجلات المرضى المنومين: وتقوم بالمهام التالية:
 - جمع ومراجعة الإحصاء اليومي للعنابر وجمع تقارير الفحوصات المتأخرة.
 - تحليل سجلات المرضى الذين تم خروجهم.
 - ترتيب السجلات حسب النظام المتبع وإجراء المراجعة اللازمة لمعرفة النواقص.
 - ترميز وفهرست السجلات المكتملة حسب التصنيف الدولي للأمراض والعمليات.
- وحدة جمع وتحليل إحصاءات المستشفى: وتقوم بالمهام التالية:
 - جمع إحصاءات العيادة الخارجية، الإسعاف، العنابر، الإحصاءات الإدارية، وإجراء التحليل اللازم وإصدار التقارير اليومية والشهرية والسنوية.
- وحدة حفظ واسترجاع السجلات الطبية وصور الأشعة: وتقوم بالمهام التالية:
 - جمع السجلات وصور الأشعة وحفظها حسب النظام المتبع وتعمل هذه الوحدة لمدة (24) ساعة في اليوم على مدار السنة (3) مناوبات ويتم حفظ ملف المريض وصور الأشعة حسب النظام المتبع.
 - استرجاع الملفات وصور الأشعة حسب الحاجة لذلك.
- وحدة المهام العامة لقسم السجلات الطبية: ومهام هذه الوحدة تشمل الآتي:
 - حفظ وحماية السجلات الطبية القديمة وتصويرها بواسطة الميكروفيلم حسب الجدول المعمول به لتقاعد السجلات الطبية.
 - إعداد وإصدار التقارير الدورية والتعليمات الخاصة بحفظ السجلات الطبية.
 - إعداد البرامج التعليمية والتدريبية لموظفي السجلات الطبية وإعداد الاحتياجات الحالية والمستقبلية للقسم.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- الإشراف على طبع التقارير الطبية وملخص الخروج وتقارير العمليات والتقارير الأخرى وتشمل تقارير علم الأمراض / الأشعة وفي حالة عدم توفر ناسخ مؤهل فإن موظفي قسم السجلات الطبية يقومون بعملية الطباعة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل السادس

التخطيط والوظيفة

Planning, Job and Function

مقدمة

يجب تنظيم وإدارة قسم السجلات الطبية (MRD) وفقاً لمفهوم أنها موجودة لصالح المرضى. يفيد قسم السجلات الطبية المريض من خلال كونه مسؤولاً عن اكتمال ودقة وتوافر السجلات الطبية في جميع الأوقات. يجب أن يتم تنظيم عمل قسم السجلات الطبية من أجل تحقيق الأهداف المخطط لها على أساس وظائف الأقسام. وظائف القسم هي معالجة سجلات المرضى الخارجيين والمرضى الداخليين، واسترجاعها، وتخزين السجلات، والترميز والفهرسة الحكيمة للمرض والإجراءات. في حالة كون قسم السجلات الطبية صغيراً ولا يوجد به سوى عدد قليل من العمال، من الأفضل لجميع الموظفين أن يكونوا على دراية بجميع جوانب قسم السجلات الطبية، بحيث يعمل القسم بسلاسة.

تخطيط بيئة العمل^(1,23)

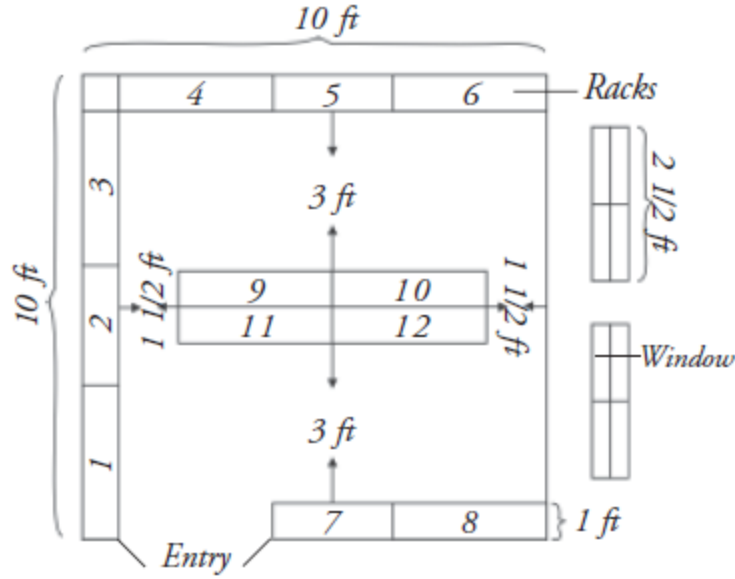
جزء من وظيفة التخطيط هو توفير مساعد السجلات الطبية مع بيئة عمل مناسبة. يتضمن ذلك التخطيط للمساحات والمواقع المكتبية وأثاث المكاتب والمعدات وعوامل التكيف المكاني مثل ترتيبات الإضاءة الجيدة واللون.

تخطيط الإدارات

التصميم الإداري: التصميم السليم لقسم السجلات الطبية يضاف إلى كفاءته وجاذبيته (الشكل 1-6). الاعتبار الرئيسي في التخطيط هو سير العمل، أي: تدفق السجل من مكتب إلى آخر. يجب ترتيب المكاتب بحيث تتحرك السجلات قدر الإمكان في خطوط مستقيمة ومسافة قصيرة فقط في كل مرة.

التلوين الإداري: الاستخدام السليم للون هو اعتبار مهم آخر في تصميم المكاتب. الاستخدام الفعال للألوان لا يعطي مظهرًا جيدًا ومشرقًا للمكتب فحسب، بل يحسن أيضًا ظروف العمل. يمكن أن يؤثر اللون النفسي على المشاعر الإنسانية، والحواس، وعمليات التفكير، وكذلك على قدرة الفرد على الاسترخاء. سيكون للون الأبيض تأثير نفسي إيجابي؛ ويمكن له تأثير سلبي على آخرين. اللون الأبيض يرفع المعنوية. ويمكن للآخرين أن يؤدي للاكتئاب أو انخفاض العمل العقلي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)



الشكل 1.6- تخطيط قسم السجلات الطبية

الإضاءة في الأقسام: الإضاءة هي عامل بيئي آخر، لا يمكن النظر إليه. يمكن أن توفر مصادر الإضاءة الموجودة على السقف عادة ما يكفي من الإضاءة لمنطقة المكتب بأكملها بمستوى إضاءة محدد.

متطلبات الموقع

قسم السجلات الطبية على اتصال دائم مع إدارات التسجيل في وحدات الرعاية الخارجية والمرضى الداخليين. كل يوم، يقوم العديد من الأطباء بزيارة قسم السجلات الطبية لاستكمال السجلات الطبية أو كمرجع للسجلات. يجب أن يكون قسم السجلات الطبية في منطقة قريبة من مكتب التسجيل الجديد، والمراجعة، ومكتب القبول والتفريغ.

إذا لم يكن قسم السجلات الطبية يعمل على مدار 24 ساعة في اليوم، فيجب أن يكون موجوداً على بعد مسافة قصيرة سيراً على الأقدام من منطقة الاستقبال أو العيادات الخارجية لضمان قدرة موظفي المستشفى على استعادة السجلات الطبية على أساس الطوارئ. يجب أيضاً مراعاة المراقبة الأمنية لحماية معلومات ومعدات السجلات الطبية عند إغلاق القسم.

متطلبات المساحة

يجب تحديد تخصيص المساحة بواسطة خدمات الإدارات التي سيتم توفيرها، والمعدات وأنظمة الحاسوب التي سيتم استخدامها وعبء العمل اليومي الذي يتعين التعامل معه. على الرغم من أن الخدمات تختلف إلى حد ما من مستشفى إلى آخر، إلا أن الخدمات والمهام التي يجب

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مراعاتها عند تخصيص مساحة تشمل كابينة حفظ السجلات ومكتب الترميز والفهرسة ومكتب فرز وترتيب السجلات الطبية ومنطقة تسجيل المرضى الخارجيين ومكتب القبول والتفريغ.

تتطلب خدمة السجل الطبي مساحة كافية، وهي غير متوفرة بشكل عام وتشكل مشكلة عالمية. لذلك، يجب على فني السجلات الطبية مراجعة متطلبات المساحة بشكل متكرر للتغلب على مشاكل الإيداع الشائعة في قسم السجلات الطبية.

يجب على فني السجلات الطبية أن يتنبأ مقدماً بنمو قسم السجلات الطبية MRD وأن يتخذ الترتيبات اللازمة للمتطلبات المستقبلية ولشراء المساحة المطلوبة.

متطلبات المعدات

وحدات حفظ الملفات المفتوحة هي نظام التخزين الأكثر استخداماً للسجلات الطبية. هي أقل تكلفة. يمكن مساعد السجلات الطبية يحفظ أو يسترد السجلات بشكل أسرع. الأهم من ذلك أن الأرفف المفتوحة هي مساحات حافظة، وهي تستوعب المزيد من السجلات في مساحة أرضية معينة. قد تتألف معدات حفظ الملفات المفتوحة من 7 أو 10 أرفف بارتفاع 9 إلى 10 أقدام حسب رقم الرفوف (الشكل 6-2). يمكن أن تحتوي 7 أرفف مفتوحة بطول 3 أقدام وعرض كل قدم مقسمات على 750 من سجلات المرضى الخارجيين في حجرة واحدة، مما يشتمل على 5250 سجلاً في وحدة حفظ مفتوحة واحدة. إذا تم استخدام نظام ترقيم الوحدة، فيجب توفير مساحة كافية على الرف لنمو السجلات نتيجة لإعادة القبول وتكرار زيارات العيادة.

تعد مراجعة السجلات من السنوات القليلة الماضية أفضل مصدر للمعلومات لتقديرات العمل لمقدار المساحة المطلوبة. تتمثل إحدى الطرق في تحديد متوسط عدد الأوراق في السجل الطبي لزيارة العيادة المتكررة والمريض الذي يخرج من المستشفى على مدار شهرين أو ثلاثة أشهر. يمكن تحقيق ذلك عن طريق حساب الأوراق في كل حلقة من الرعاية الحالية والأوراق الخاصة بالحلقات السابقة من الرعاية للمرضى الداخليين أو الخارجيين. تشير هذه الجدولة إلى حجم السجل الطبي المتوسط للمستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)



الشكل 2.6 - فتح وحدة رُف الحفظ.

يجب وضع فواصل السجل في جميع الملفات لتسريع عملية الاسترجاع والإيداع والبحث عن السجلات. يعتمد عدد الفواصل المطلوبة على سمك غالبية السجلات الطبية في الرفوف. بالنسبة للسجلات الطبية ذات السماكة المتوسطة، يكون القاسم لكل مئة وخمسين سجلاً كافيًا. عند شراء المقسمات، يجب أن تكون المتانة والجودة هي الشاغل الرئيسي. لتحديد إجمالي عدد الفواصل المطلوبة، يمكن استخدام الصيغة التالية:

إجمالي عدد الفواصل

إجمالي عدد السجلات = عدد السجلات بين الفواصل

إذا كان العدد الإجمالي للسجلات غير معروف، فيمكن إجراء تقدير بضرب مساحة الحفظ بالبوصة بمتوسط عدد السجلات لكل بوصة. يجب حساب عدة رفوف من السجلات لتحديد متوسط عدد السجلات في البوصة. يجب أن يتم تخزين السجلات الطبية والاحتفاظ بها بأكثر الطرق فعالية لاستعادة السجلات المطلوبة في مرفق الرعاية الصحية. قد تكون منطقة ملف السجل الطبي إما مركزية أو غير مركزية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

أجهزة التسلق

يتم تصميم وحدة حفظ الملفات المفتوحة للوصول إلى أقصى ارتفاع لغرفة حفظ السجلات الطبية من أجل توفير المساحة المتاحة. عند وضع السجلات الطبية على ارتفاع يزيد عن 5 أقدام أو 6 أقدام، فقد يكون من الصعب استعادتها. وبالتالي، تستخدم المستشفيات أنواعًا مختلفة من أجهزة التسلق للوصول إلى السجلات الطبية المحفوظة على ارتفاع يصل إلى 8 أو 9 أقدام.



الشكل 3.6- سلم درج من النوع الصلب

يكون سلم الألومنيوم مع شجيرة مطاطية في الجزء السفلي من الساق أو سلم نوع الخطوة ذا فائدة أكبر للموظف في حفظ السجلات أو استرجاعها بسهولة. سيكون سلم الألومنيوم أقل وزنًا ويسهل حمله داخل غرفة السجلات الطبية. قاعدة المطاط تُجنب السلم من الانزلاق إلى أسفل.

يكون السلم ذو النوع التدريجي سهل الصعود حصريًا للإناث (الشكل 3-6). وبالتالي، فإن جهاز التسلق سيكون أكثر فائدة لمساعدتي الملفات في وضع أو لاستعادة السجلات الطبية بسرعة كبيرة تجنب الحوادث غير الضرورية.

الهيكل التنظيمي

من المهم أن يعرف كل موظف حدود سلطته ومسؤوليته، والمخطط التنظيمي وسيلة جيدة لإبلاغ الآخرين بهذه العلاقات. يجب وضع مخطط تنظيمي يوضح وظائف وخطوط السلطة بوضوح (الشكل 3.4). سيضمن ذلك عدم وجود أي غموض في فهم خط السلطة أو واجبات ومسؤوليات الموظفين. في قسم السجلات الطبية، يمكن كتابة الإجراءات لكل وظيفة تؤديها.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المسمى الوظيفي

دليل الإجراءات المكتوبة لوصف الوظيفة يوفر أداة قيمة لسببين.

1. توفر للموظف الذي يقوم بإجراء منتظم بانتظام صورة دقيقة لما يتوقع منه القيام

به.

2. إنها مساعدة لا تقدر بثمن في تدريب الموظفين العاديين وفي تدريب الموظفين الجدد.

من المفيد لفني السجل الطبي إجراء عملية مع الموظف مرة واحدة على الأقل قبل أن يحاول الموظف متابعتها بنفسها. من الضروري أيضًا كتابة الوصف الوظيفي صراحةً لكل موظف. عند مراجعة الإجراء، يجب أيضًا مراجعة الوصف الوظيفي للموظفين الذين يقومون بتنفيذ هذا الإجراء. يوضح الوصف الوظيفي للموظف المؤهلات اللازمة لأداء الوظيفة بطريقة مرضية الشكل (4-6).



الشكل 4.6- الهيكل التنظيمي

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

وظائف ومهام قسم السجلات الطبية

تدريب الموظفين الجدد وتقييم الأداء

يجب أن يكون كل موظف جديد على علم كتابي بسياسات، وقواعد، وإجراءات المستشفى، والإدارات. لا يمكن للمشرف مساءلة أحد الموظفين عن أفعاله إلا إذا كان لدى الموظفين فهم واضح لمسؤولياته.

يحق لجميع الموظفين الحصول على تدريب شامل للوظيفة التي تم تكليفهم بها. يجب توفير تدريب مكثف من ثلاثة إلى أربعة أسابيع لجميع موظفي الإدارات الجدد قبل تعيينهم بشكل مستقل.

يجب أولاً تعريف الموظف الجديد على جميع موظفي القسم وبعد ذلك على الوحدات المهمة في المستشفى، والتي تحافظ على علاقة وثيقة مع قسم السجلات الطبية. في مرحلة التدريب الأولية، يجب أن يتم تعيين الموظفين تحت إشراف خبير في السجلات الطبية والذي يجب عليه بدوره نقل "التدريب على العمل" وإرشاد الموظفين الجدد بمراقبة السياسات والإجراءات الصحيحة.

يريد كل موظف معرفة مكانه مع المشرف. يجب أن يتم تقييم الأداء بشكل منتظم. تعريف الموظفين بنقاط قوتهم وضعفهم. يجب أن يساعد في السجلات الطبية الموظفين في تصحيح الأداء الضعيف. يجب أن يشارك في السجلات الطبية والمشرف في عملية تحديد الأهداف. هذا يوفر للموظفين مع التوجيه للتنمية، ويخلق الرضا الوظيفي ويحسن ثقته بنفسه. الاستبعاد اللفظي للموظفين بحضور آخرين أمر غير مقبول.

ينبغي أن يسعى المشرفون إلى الحفاظ على الاتصالات في اتجاهين مع الموظفين، ويجب تشجيع الموظفين على تقديم اقتراحات. وينبغي أن يكون المشرفون بدورهم متعاطفين عند الاستماع إلى مشاكل الموظفين. أخيراً، سيتعين على المشرف في بعض الأحيان إعطاء الأولوية لإنجاز مهمة من قبل الموظفين أو لحل مشكلة ما.

يقوم قسم السجلات الطبية بمجموعة من الوظائف الرئيسية، وهي كما يلي:

أولاً: تسجيل المرضى

مرضى العيادات الخارجية:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يجب تسجيل المرضى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتمكينهم من تلقي العلاج في العيادات الخارجية والخدمات المساندة. على أن يقوم قسم السجلات الطبية بأداء وظائف التسجيل في مكان قريب من الأماكن المخصصة للعلاج كلما أمكن ذلك.

الإجراءات التي يقوم بها كاتب تسجيل مرضى العيادات الخارجية:

الموظف المسؤول عن تسجيل مرضى العيادات الخارجية هو كاتب تسجيل مرضى العيادات الخارجية، حيث يقوم كاتب تسجيل مرضى العيادات الخارجية بتسجيل كل مريض يحضر إلى شباك أو مكتب التسجيل على النحو التالي:

1. المرضى الذين يتم استقبالهم بعد التحقق من وضعهم المالي من مكتب شئون المرضى، وتشمل هذه الفئة الرسوم النقدية وخطابات الأجل المالية المعتمدة من أحد المسؤولين المصرح لهم بالمستشفى ومرضى العلاج المجاني أو المرضى المؤمن عليهم.

2. المرضى الجدد: هم الذين لم يسبق لهم تلقي العلاج بالمنشأة الصحية:

- يقوم كاتب السجلات بإصدار رقم موحد لسجل طبي غير مستعمل للمريض الجديد.
- يقوم كاتب التسجيل باستيفاء البيانات التعريفية الكاملة في بطاقة تسجيل المرضى، وهي تشمل:

- الاسم

- العنوان

- تاريخ الميلاد

- محل الميلاد

- بطاقة تحقيق الشخصية

- أقرب شخص للمريض يمكن الاتصال به في الطوارئ

- رقم التليفون

- اسم وعنوان جهة العمل

- رقم تليفون العمل

- تاريخ اليوم

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يتم إصدار غلاف ملف مجهز ذو ترميز (تكويد) لوني واضح مع بطاقة علاج مريض عيادة خارجية، وهي تتضمن:

- كتابة رقم السجل الطبي في المكان المخصص لذلك على غلاف الملف الطبي.
- يعطى ملف السجل الطبي الجديد للمريض أو للساعي لتسليمه للعيادة التي سيتم العلاج بها.
- يتم حفظ بطاقة ملف فهرس المريض بعد التحقق من اكتمالها بواسطة كاتب التسجيل في خزانة الحفظ المخصصة لذلك وفقاً لترتيب أبجدي حسب الاسم الأول ثم الأوسط ثم الأخير.

3. المرضى الذين سبق لهم العلاج أو المترددين:

- يتم فحص بطاقة المريض الخاصة بالموعد للتأكد من وجود التاريخ وصحة الرقم والاسم... الخ، ثم تحديث المعلومات - حسب الحاجة - بعد مراجعتها مع المريض لمعرفة ما إذا كانت البيانات قد طرأ عليها أية تغيرات.
- يقوم كاتب التسجيل بطلب استخراج السجل الطبي السابق للمريض.
- يقوم كاتب السجلات الطبية باستخراج السجل الطبي السابق للمريض وتسليمه لكاتب التسجيل.
- يقوم كاتب التسجيل بإدراج بطاقة علاج عيادة خارجية في القسم الخاص بالعيادات الخارجية بالسجل الطبي للمريض.
- يتم إعطاء السجل الطبي للساعي لتسليمه للعيادة التي سيتم بها العلاج.
- يقوم كاتب التسجيل بفحص ومراجعة ملف الفهرس الرئيسي للمرضى أو ملف فهرس المريض لإيجاد أرقام السجلات الطبية الخاصة بالمرضى الذين لا يحملون بطاقات مواعيد.
- يقوم كاتب التسجيل بعد الانتهاء من التسجيل بتوجيه المريض للعيادة التي سيتم علاجه بها لينتظر حتى تناديه الممرضة في دوره.
- يقوم الساعي بتسليم كافة السجلات الطبية الخاصة بالمرضى المسجلين للعيادات حسب تعليمات كاتب التسجيل.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يقوم كاتب التسجيل بإعادة أية سجلات طبية جديدة غير مستعملة لكاتب السجلات الطبية في نهاية النوبة.
العيادة الخارجية:
 - يقوم كاتب التسجيل بتوجيه المريض للعيادة الخارجية التي سيجرى له الفحص بها.
 - يقوم ساعي قسم السجلات الطبية بتسليم سجلات المرضى الجاري الكشف عليهم في العيادات على دفعات.
 - تقوم ممرضة العيادة بتسجيل المريض في سجل العلاج بالعيادة لدى استلامها للسجل الطبي للمريض.
 - تقوم الممرضة بأخذ العلامات الحيوية للمريض - إن كان ذلك ممكنا - وتسجيلها في المكان المخصص لذلك ببطاقة علاج مريض عيادة خارجية الموجودة بالسجل الطبي.
 - تقوم ممرضة العيادة باصطحاب المريض مع سجله الطبي لغرفة الكشف للعرض على الطبيب حسب أولوية التسجيل في سجل العيادة (أي من يحضر أولا يتم عرضه على الطبيب أولا).
 - يقوم الطبيب بأخذ التاريخ المرضى للمريض وتسجيله في نموذج بطاقة علاج مريض العيادات الخارجية أو بطاقة علاج مريض العيادات الخارجية ثم يتم اتخاذ إحدى الإجراءات التالية وفقا لحالة المريض:
1. مريض يتم علاجه بواسطة الطبيب الذي يقوم بتسجيل التشخيص والعلاج في بطاقة العلاج بالسجل الطبي وكتابة الوصفات الطبية اللازمة وكذلك اسم المريض ورقم سجله الطبي. وعند خروج المريض من العيادة يتوجه إلى صيدلية العيادات الخارجية حيث يتم حصوله على الأدوية المقررة ويقوم الطبيب المعالج بإخطار المرضى الذين تتطلب حالاتهم المتابعة بضرورة العودة للعيادة خلال فترة زمنية محددة.
 2. مرضى تتطلب حالاتهم إجراء فحوص أو اختبارات تشخيصية أو علاج خاص مثل العلاج الطبيعي، أو رسم القلب، أو فحوص مخبرية أو أشعة، يتم إرسالهم إلى حيث يتم إجراء تلك الفحوص والاختبارات بصحبة طلب من الطبيب المعالج يتم التنبيه على المرضى بضرورة العودة للعيادة مرة أخرى عند الانتهاء من الفحوص.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

3. إذا رأى الطبيب أن حالة المريض تتطلب إحالته لعيادة أخرى أو استشاري أو أخصائي آخر، يجب عليه ذكر الأسباب في نموذج علاج مريض العيادة الخارجية، وتقوم ممرضة العيادة بتحويل المريض وسجله الطبي إلى العيادة التي تقرر تحويله إليها حيث يتم الكشف عليه واتخاذ الإجراءات اللازمة بشأنه.

4. بالنسبة للمرضى الذين تتطلب حالاتهم الدخول للمستشفى، يتم تحويلهم لمكتب الدخول والخروج بعد أن يقوم الطبيب ببيان أسباب الدخول في بطاقة علاج المريض الخارجي بالسجل الطبي للمريض، ثم يتم إدخال المريض للمستشفى وفقاً لإجراءات الدخول المعمول بها في المنشأة.

5. في جميع الحالات المذكورة أعلاه (فيما عدا حالات الدخول للمستشفى) يتم إعادة السجلات الطبية الخاصة بالمرضى لقسم السجلات الطبية بواسطة ممرضة العيادة الخارجية في نهاية النوبة لمراجعتها وإعادة حفظها. وتصاحب السجلات الطبية المرضى الذين تم إدخالهم للمستشفى حيث تقوم ممرضة العيادة الخارجية بإخطار قسم السجلات الطبية بأسماء المرضى الذين تم إدخالهم للمستشفى، وتحويل السجل الطبي من العيادة (Sign-out) فيقوم كاتب السجلات الطبية بإعداد بطاقة الاستعارة الخارجية إلى القسم الداخلي وتحديث البيانات الخاصة بمكان السجل الطبي.

دورة الفحوص والخدمات العلاجية المكتملة لمرضى العيادات الخارجية:

1. المختبر / الأشعة / الموجات فوق الصوتية:

يقوم الطبيب عندما تتطلب حالة المريض إجراء فحوص معملية أو أشعة أو موجات فوق صوتية باستيفاء نموذج الطلب المناسب حيث تقوم الممرضة بتوجيه المريض للمعمل أو قسم الأشعة، وإبلاغه بضرورة العودة للعيادة للمتابعة بعد استلام نتائج الفحوص. ويتوجب على المريض القيام بما يلي:

- يقوم المريض بالتوجه لقسم المعمل أو الأشعة حيث يتم إخباره بتكلفة الفحوص المطلوبة، فيقوم بدفع القيمة المستحقة عند شباك أمين الصندوق في العيادات الخارجية ثم يعود إلى المعمل أو قسم الأشعة، وفقاً لما هم مقرر.
- يتوجه المريض بعد دفع قيمة الفحوص أو الاختبارات المطلوبة من قبل الطبيب المعالج للمعمل أو قسم الأشعة ويقدم الإيصال الدال على الدفع وطلب إجراء الفحوص المعملية أو الأشعة المكتمل بواسطة الطبيب المعالج للمعمل أو لقسم الأشعة حيث يتم تسجيل

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المريض في سجل قيد مرضى قسم المعمل أو الأشعة ثم يتم إجراء الفحوص والاختبارات المطلوبة.

- بعد إجراء الاختبارات، يتم تسجيل التاريخ المتوقع للحصول على النتائج على إيصال الدفع الخاص بالمريض، ثم يتم إبلاغ المريض بضرورة العودة للمعمل أو قسم الأشعة في التاريخ المدون لاستلام
- النتائج، ويسمح للمرضى الذين يقومون بالدفع بالاحتفاظ بنسخة من أفلام الأشعة الخاصة بهم.
- يعود المريض للعيادة للمتابعة بعد الانتهاء من إعداد نتائج فحوص المعمل أو الأشعة أو الموجات فوق الصوتية وتسليمها للمريض والعيادة الخارجية.
- يتم حفظ التقرير الأصلي لنتائج الفحوص المعملية أو الأشعة كجزء دائم من السجل الطبي للمرضى، على أن يتم تسليم نسخة منه للمريض ويقوم القسم بالاحتفاظ بنسخة أخرى في الملفات الخاصة به.

2. العلاج الطبيعي

- يقوم الطبيب المعالج عندما تتطلب حالة المريض تلقي علاج طبيعي باستكمال نموذج طلب علاج طبيعي، بما في ذلك اسم المريض ورقم السجل الطبي، مع توضيح سبب العلاج في السجل الطبي، وبناء على ذلك تقوم ممرضة العيادة بتوجيه المريض لقسم العلاج الطبيعي.
- يتم تقدير رسوم العلاج بقسم العلاج الطبيعي ويعقب ذلك توجه المريض لشباك أمين الصندوق في العيادات الخارجية لدفع قيمة الرسوم، ثم يعود لقسم العلاج الطبيعي ليتلقى العلاج وفقا للجدول الزمني لزيارات العلاج.
- يعاد المريض لعيادة الإحالة حيث يتم متابعة حالته بواسطة الطبيب المعالج.
- تصبح نسخ سجلات العلاج جزءا دائما من السجل الدائم للمريض، ويحتفظ القسم بنسخة في ملفات العلاج.

3. الرعاية الطبية الخاصة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- في حالة تطلب حالة المريض تقديم علاج خاص أو إجراء فحوص خاصة، مثل فحوص النظر، أو قاع العين، أو الأسنان أو أية فحوصات أخرى، يقوم المريض بدفع الرسوم المطلوبة قبل العلاج.
- لا يعود المريض للطبيب الذي قام بالإحالة إلا بناء على تعليمات الطبيب المعالج أو الطبيب الذي قام بالإحالة فقط.
- في جميع الحالات المذكورة أعلاه، يقوم الطبيب المعالج بتسجيل الرعاية المقدمة والتشخيصات، وتصبح كافة نتائج الفحوص والاختبارات جزءاً دائماً من السجل الطبي للمريض.

سجلات العيادة الخارجية

يتم الاحتفاظ بكافة سجلات العيادة الخارجية بالقسم، على أن تحتوي على المعلومات التعريفية اللازمة لإيجاد أي سجل طبي بسرعة، والتي تتمثل - كحد أدنى - في الاسم والعنوان ورقم السجل الطبي. وتاريخ الميلاد (اليوم والشهر والسنة) والجنس وتاريخ الدخول والخروج، وتمثل هذه السجلات مفتاح التعرف على سجلات المرضى أو تحديد مكانها، ويجب أن توضع في المكان المخصص لتسجيل المرضى.

الفهرس اليدوي الرئيسي للمرضى:

يجب اتباع مجموعة من الإجراءات، وهي كما يلي:

1. يتم ترتيب أسماء المرضى ترتيباً أبجدياً دقيقاً بحيث يوضع الاسم الأول ثم الاسم الأوسط يليه الاسم الأخير.
2. يتم ترتيب أسماء المرضى وفقاً لترتيب أبجدي دقيق بحيث يتم تتبع الحروف واحداً بعد الآخر حتى نهاية الاسم.
3. يجب في حالة وجود أكثر من شخص واحد بنفس الاسم الأول والاسم الأوسط أن يتم ترتيب البيانات حسب الاسم الأخير، أما في حالة عدم ذكر أو استخدام الاسم الأخير فيتم حفظ البيانات وفقاً لتاريخ الميلاد بحيث تأتي البطاقة ذات التاريخ الأقدم أولاً.
4. يجب أن تحفظ الأسماء المركبة بكلمة واحدة مع تتبع حروف الاسم واحداً بعد الآخر.
5. يجب أن تجرد الأسماء ذات الألقاب مثل "الدكتور/ إبراهيم محمود" فقط.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

6. يجب اجراء تفتيش منتظم للملفات للتعرف على الملفات الخاطئة أو المكررة.

7. يسمح تطبيق النظام الآلي لفهرس المرضى الرئيسي باحتواء الكثير من النقاط عن تسجيل المرضى ومن ثم فإن من الضروري استخدام هذه الاجراءات عند ادخال اسم المريض حتى يتسنى ادخال كافة البيانات على نحو متسق.

خزانات حفظ ملفات الفهرس الأبجدي

خزانات من المعدن (شانون) ولها مقاس ثابت وتوسع لكارت (3 × 5) بوصة أو (5 × 8) بوصة.

ثانياً: تجهيز الملفات الطبية الجديدة المرقمة ذات الترميز (الترميز) اللوني

كاتب السجلات الطبية هو الموظف المسؤول عن تجهيز الملفات الطبية الجديدة المرقمة ذات الترميز (الترميز) اللوني. يجب إعداد وحفظ ملفات جديدة للسجلات الطبية باستخدام سجل تخصيص الأرقام الموحدة للسجلات الطبية بغرض المحافظة على التحكم في التسلسل الرقمي وضمان سهولة توافر ملفات طبية جديدة للمرضى المسجلين حديثاً.

يوجد العديد من الإجراءات التي يجب اتباعها في تجهيز الملفات الطبية الجديدة المرقمة ذات الترميز (التكويد) اللوني، وهي:

1. يقوم كاتب السجلات الطبية باستخدام المواد التالية في تجهيز الحافظات (الكلاسورات) الخاصة بالملفات الطبية الجديدة:

● غلاف ملف المريض.

● قلم ذو خط عريض.

● شريط لاصق مرقم ومرمز (مكود) لونيا.

● نموذج بطاقة العلاج بالعيادة الخارجية.

2. يقوم كاتب السجلات الطبية بكتابة الرقم المسلسل التالي للسجل الطبي في المكان المخصص لذلك على الغلاف الخارجي للملفات بخط، واضح، وعريض، ومقروء.

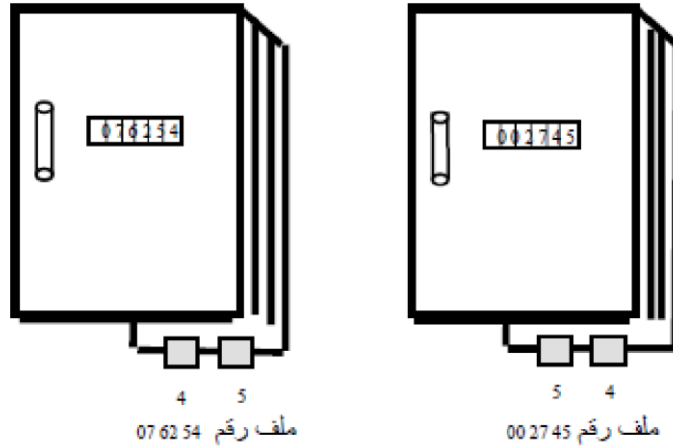
3. يتم إرفاق نموذج بطاقة العلاج بالعيادة الخارجية بملف السجل الطبي.

4. يقوم كاتب السجلات الطبية باختيار شريط لاصق مرقم ومرمز (مكود) لونيا مكتوب عليه رقمين مناسبين لإعداد المجموعة التالية من السجلات الطبية الجديدة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

5. يقوم كاتب السجلات بعد اختيار شريط الترميز اللوني بتحديد الأرقام الأولية المؤلفة من رقمين في رقم السجل الطبي ثم يختار الشريط المناظر لها، فعلى سبيل المثال إذا كان رقم السجل الطبي (10-01-12) فإن الأرقام الأولية تكون 10 والألوان المناظرة هي: 1 = أزرق غامق و 0 رمادي الشكل (5-6).

رسم توضيحي يبين كيفية ترقيم وتلوين الملف



الشكل 5.6- كيفية ترقيم وتلوين الملف

6. يقوم كاتب السجلات الطبية بوضع الشريط المرقم ذي الترميز (الترميز) اللوني على الجزء العلوي من غلاف الملف في المكان المخصص لذلك - كما هو موضح بحيث يمكن رؤيته بوضوح من الأمام ومن الخلف.

7. يقوم كاتب السجلات الطبية بتجميع الملفات الجديدة المستكملة حديثاً في مجموعات قوام كل منها 50 ملفاً، وذلك بعد قيد أرقام السجلات الطبية المستخدمة في سجل تخصيص الأرقام الموحدة للسجلات الطبية.

8. يقوم كاتب السجلات بتسليم السجلات الطبية المجمعة حديثاً في صورة دفعات يضم كل منها 50 ملف لكاتب التسجيل لاستخدامها في تسجيل المرضى الجدد.

9. يقوم كاتب التسجيل بإعادة جميع ملفات السجلات الطبية الجديدة وغير المستخدمة لكاتب السجلات الطبية ليقوم الأخير بتسجيل الأرقام غير المستخدمة في سجل خاص بالتحكم في الأرقام لإصدارها في يوم العمل التالي.

10. يقوم كاتب السجلات الطبية بفحص ومراجعة أرقام السجلات الطبية الصادرة أثناء النوبة بالتعاون مع كاتب تسجيل العيادات الخارجية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

11. يقوم كاتب السجلات الطبية بإجراء تفتيش دوري للسجلات المرمزة (المكودة) لونيا والتي لم يتم تخصيصها، وكذلك سجل تخصيص الأرقام الصادرة من أجل التحقق من دقة وصحة البيانات المدونة.

- الألوان المقابلة للأرقام يتم وضعها بمعرفة المستشفى.

ثالثاً: إعداد وترتيب السجلات الطبية طبقاً لطرق موحدة

يجب الاستفادة من الأشكال المستخدمة للنماذج ومحتويات تقارير السجلات الطبية، وذلك بهدف سهولة وفعالية الوصول إلى بيانات علاج المريض وبياناته الإدارية. إن شكل السجل الطبي هو تنظيم أو ترتيب لجميع النماذج ومحتوياتها في السجل الطبي الخاص بالمريض. وهناك ثلاثة أنواع من أشكال (ترتيب) السجل:

1. السجل الطبي الموجه حسب المصدر.

2. السجل الطبي الموجه حسب المشكلة.

3. السجل الطبي المتكامل.

1. السجل الطبي الموجه حسب المصدر:

يتم ترتيبه في صورة أجزاء حسب أرقام رعاية المريض. ويتم ترتيبه حسب التواريخ في كل قسم من تلك الأقسام وفق ترتيب زمني عكسي بواسطة فريق التمريض. على أن يوضع التاريخ الأحدث في المقدمة والأقدم في المؤخرة. ثم يعيد كاتب السجلات أو فني السجل الطبي ترتيب السجل حسب ترتيب زمني من تاريخ دخول المريض للمستشفى إلى تاريخ مغادرته لها.

مزايا السجل الطبي الموجه حسب المصدر:

1. حفظ جميع التقارير والوثائق التي تأتي من نفس المصدر معاً.

2. سهولة القراءة ومقارنة البيانات المتشابهة أو المعلومات وذلك لوجود جميع التقارير معاً.

عيوب السجل الطبي الموجه حسب المصدر:

لا يمكن قراءتها بسرعة لتحديد مشكلات المريض وعلاجه وذلك لترتيب تلك السجلات في صورة أقسام ليست متكاملة، ولكن حسب الترتيب الزمني للمشكلات.

2. السجل الطبي الموجه حسب المشكلة:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يسمح هذا الشكل بتنفيذ أسلوب منظم في التوثيق فهو يعكس التفكير المنطقي من جانب الطبيب مقدم الرعاية حيث يقوم الطبيب بتعريف المشكلات الإكلينيكية وتنظيم السجل في أربعة أجزاء.

1. قاعدة البيانات.

2. قائمة بالمشكلات.

3. الخطط المبدئية للعلاج.

4. ملاحظات عن تقدم حالة المريض.

مزايا السجل الطبي الموجه حسب المشكلة:

يعرض الطبيب جميع مشكلات المريض في وثيقة شاملة.

عيوب السجل الطبي الموجه حسب المشكلة:

يعتبر ذلك الشكل سجل معقد ويحتاج للكثير من التدريب والالتزام من جانب الهيئة الطبية وهيئة التمريض والعاملين في الحقل الطبي.

3. السجل الطبي المتكامل:

يجمع هذا الشكل بين جميع النماذج والتقارير في ترتيب زمني دقيق. لذا فهو يسمح بقراءة السجل في ترتيب زمني بدءاً من دخول المريض المستشفى إلى وقت مغادرته لها. وعلى هذا فإن كل التقارير والنماذج متداخلة معاً حسب ترتيب زمني.

مزايا السجل الطبي المتكامل:

1. جمع البيانات التي تتعلق بموضوع واحد.

2. جمع ملاحظات تقدم الحالة معاً في سجل منفصل.

عيوب السجل الطبي المتكامل:

1. صعوبة المقارنة ما بين المعلومات أو البيانات المتشابهة وذلك لعدم حفظها في سجل واحد.

2. تخدم جميع الأشكال السابق ذكرها الغرض منها. وفيما يختص بدليل نظام قسم السجلات الطبية فإنه ينصح باستخدام السجل الطبي الموجه حسب المصدر لفعاليتها كما أنه يسمح لمستخدمه باستعراضه وفق ترتيب زمني كما يسمح بحفظ التقارير والوثائق الأخرى الخاصة برعاية المريض في صورة أقسام.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

وفيما يلي الشكل المقترح للسجل الطبي الموجه حسب المصدر:

- الصفحة الأمامية.
- التاريخ المرضى والفحص الإكلينيكي.
- ملخص مغادرة المريض للمستشفى (ملخص الخروج).
- تقرير عن العملية (أن وجد).
- تقرير الاستشارات (أن وجد).
- سجل غرفة الطوارئ.
- التقارير:

- تقارير المعمل الإكلينيكي

- تقارير الأشعة

- تقارير رسم القلب

- سجل التخدير

- سجل غرفة العمليات

- تقرير تحليل الأنسجة

- ملاحظات تقدم الحالة

- أوامر الأطباء

- الرسومات البيانية

- ملاحظات فريق التمريض (اختياري)

- تخصيص المهام (السلطات)

- أخرى

رابعاً: الحفظ والاستخراج

يجب إرساء نظام مركزي شامل لحفظ واستخراج السجلات الطبية، بدءاً من عملية إعداد السجل الطبي وحتى التخلص منه، كوظيفة أساسية وجوهرية لقسم السجلات كما يجب التحكم فيها والمحافظة على سلامتها وعلى سرية البيانات الواردة فيها. ونظام الحفظ والاستخراج الذي يجب أن يطبق هو نظام حفظ الوحدة والذي يتطلب حفظ كافة المستندات المتصلة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

بالمريض معا وبالتالي الاطلاع عليها معا من خلال ترقيم للوحدة. ويجب أن يتم تزويد غرفة حفظ الملفات بعدد كاف من وحدات الحفظ ذات الأرفف المفتوحة من اجل حفظ السجلات التي يتم اعدادها للمرضى الذين يتلقون العلاج بالمنشأة الصحية. كما يجب توفير ما لا يقل عن 15 وحدة أرفف في غرفة الحفظ المركزي للملفات، والأبعاد المقترحة لكل وحدة أرفف الشكل (6-6)، هي: (1,2,25).

(الارتفاع = 180 سم - العرض = 80 سم - العمق = 35 سم)

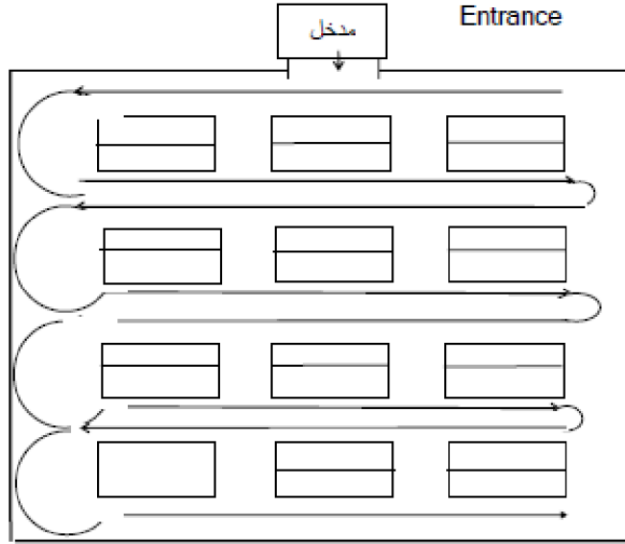
أما الأبعاد الفعلية فيجب أن تكون كالتالي:

(ارتفاع الرف الواحد = 25.70 سم - العرض = 76 سم)

ويجب ترتيب وحدات حفظ الأرفف المفتوحة على نحو يضمن الاستغلال الأمثل للمساحة المتاحة، ويوفر محيط عمل آمن ويزيد من انسيابية العمل ويتيح الوصول بكفاءة وأمان للسجلات الطبية فضلا عن التحكم فيها.

- من المقترح ألا يقل عرض المسافة الخالية الفاصلة بين وحدات الحفظ ذات الأرفف المفتوحة عن 90 سم، وذلك تسهيلا لحركة العاملين بالمكان.
- يجوز ترتيب الأرفف على هيئة صفوف بحيث يكون ظهرها للحائط أو في صورة صفوف مزدوجة ظهرًا لظهر أو على هيئة صفوف متعددة على شكل الحرف الإنجليزي أو متداخلة ومتعاقبة.
- يقوم القسم بتقسيم وحدات الحفظ ذات الأرفف المقترحة إلى 100 قسم رئيسي، يستخدم كل منها لحفظ السجلات بناء على الرقم الأولى المحدد وفقا لنظام حفظ الرقم الطرقي. ويتم كتابة الأرقام الأولية من 00 إلى 99 على الأرفف بوضوح (ويمثل ذلك 100 قسم رئيسي) وذلك بهدف تسهيل الوصول للسجلات الطبية والتعرف عليها.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)



الشكل 6.6- غرفة حفظ الملفات

نظام الحفظ وفقا للرقم الطرقي:

يقوم القسم باستخدام أسلوب الرقم الطرقي لحفظ واستخراج السجلات الطبية، ويتكون عادة الرقم الطرقي من رقم مؤلف من ستة أرقام مقسمة إلى ثلاثة أجزاء بواسطة خطوط قصيرة، وكل جزء يضم عادة رقمين. أما الأرقام الأولية فهي آخر رقمين في الطرف الأيمن من الرقم، بينما الأرقام الثانوية هي الرقمين الواقعين في الوسط أما الأرقام الثالثة فهي عبارة عن الرقمين الواقعين في الجهة اليسرى من الرقم. ويضم نظام الحفظ عن طريق الرقم الطرقي 100 قسم أولي يتراوح بين 00 و 99 ولحفظ سجل ما، يجب أولا التعرف على الأرقام الأولية ثم الانتقال إلى القسم الأولي المناظر في الملفات، ثم يلي ذلك مقارنة مجموعات من السجلات في كل قسم أولي وفقا للأرقام الثانوية، وبعد العثور على القسم الصحيح للرقم الثانوي، يقوم الكاتب بالحفظ في تسلسل رقمي حسب الأرقام الثالثة، وفي الملف يتغير الرقم الثاني من رقمي الرقم الثالث مع كل سجل. لاحظ التسلسل:

51-60-03	98-04-32	98-99-15
52-60-03	99-04-32	99-99-15
53-60-03	00-05-32	00-00-16
54-60-03	01-05-32	01-00-16

يقوم القسم باستخدام أسلوب الرقم الطرقي لحفظ واستخراج السجلات الطبية ويتمثل هذا الأسلوب فيما يأتي:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

1. يقوم كاتب السجلات الطبية بحفظ السجلات الطبية الخاصة بالمريض على الرف وفقاً لترتيب الرقم الطرقي بحيث تكون فتحة الملف إلى أعلى وقاعدته إلى أسفل على سطح الرف وبحيث يكون القسم المرقم ذي الترميز اللوني ظاهراً.
2. يتم حفظ ملفات السجلات الطبية يوميا بواسطة كاتب السجلات الطبية المسؤول عن ذلك المكان أو القسم، وفي نهاية كل نوبة يقوم الكاتب بفحص القسم المسؤول عنه وإجراء تفتيش سريع عن الملفات الخاطئة مستعينا بالرموز الملونة والتأكد من حسن ترتيب السجلات الطبية على جميع الأرفف.
3. يتم فرز السجلات المعادة للقسم قبل حفظها.
4. يتم وضع كافة الملفات المعادة في المكان المخصص لذلك بالقسم وهذا في حالة إعادة موظفي المستشفى للملفات بعد ساعات العمل.
5. يتم إصلاح كافة السجلات ذات الأوراق السائبة أو الأغلفة الممزقة فوراً قبل تعرض المعلومات الهامة المدونة بها لمزيد من فقدان أو التلف.
6. يتم إجراء تفتيشاً دورياً على الملفات للتعرف على الملفات الخاطئة وفحص الطلبات التي تشير إلى السجلات التي لم تسترجع بعد.
7. يقوم القسم بالاحتفاظ بخزانة مغلقة لحفظ كافة السجلات ذات الصلة بالدعاوى القضائية أو التحقيقات الأخرى ذات الطبيعة السرية أو الخطيرة.
- ويجب عند إخراج هذا النوع من الملفات أن توضع في حافظة خاصة يتولى حفظها مشرف السجلات الطبية.
8. تقع مسئولية المحافظة على نظافة المكان وحسن ترتيب الملفات على الأرفف على كتبة السجلات الطبية المكلفين بالعمل في مكان حفظ الملفات.
9. تظل السجلات الطبية الجاري معالجتها أو استخدامها من قبل موظفين آخرين في القسم موضوعة فوق المكاتب أو في ملفات خاصة وأن تكون متاحة في جميع الأوقات.
10. يتم تزويد كتبة السجلات الطبية المكلفين بالعمل في مكان حفظ الملفات بإجراءات خاصة مكتوبة لمساعدتهم في ممارسة الرقابة على الملفات.
11. يتم تقسيم الملفات الكبيرة إلى مجلدين أو أكثر، على أن يراعى تدوين ما يفيد ذلك بوضوح على كل مجلد وحفظ المجلدات معا في نفس المكان.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

12 . يتم حفظ كافة التقارير المتعلقة بالتشخيص والفحوص وخلافه مثل تقارير الأشعة ونتائج المعمل... الخ، في السجل الطبي في أسرع وقت ممكن، مع مراعاة وضعها في القسم الصحيح من السجل.

13 . يتم عمل حفظ سجل لقيود الطلبات في مكان حفظ الملفات، بحيث يشمل عدد السجلات المطلوبة والمسلمة وعدد الطلبات الطارئة وعدد السجلات التي تعذر إيجادها.

14 . لا يجوز إخراج أي سجل من القسم إلا بناء على نموذج طلب رسمي صادر من الجهة الطالبة. استعارة (Sign- Out) 15 . يراعى عند إخراج أي سجل من المكان المخصص لحفظ الملفات وضع بطاقة مستكملة في مكانه تفيد اسم المريض ورقم السجل الطبي والتاريخ واسم الجهة الطالبة / المكان (انظر المرفق).

16 . لا يجوز السماح بالدخول لمكان حفظ الملفات لغير الأشخاص المصرح لهم.

خامساً: سياسة الحفظ بالسجلات الطبية

السجلات غير النشطة:

يعتبر السجل الطبي غير نشط في حالة انقضاء عام عليه من عدم النشاط، ويقصد بعدم النشاط الفترة التي لم يتم خلالها الاطلاع على الملف أو استخدامه في تقديم الرعاية للمريض أثناء فترة العام المذكورة. ويتحدد السجل كسجل غير نشط وفقاً لنظام بحث يدوي وظيفته التعرف على السجلات غير النشطة؛ عن طريق إجراء مراجعات دورية لنظام الحفظ ذي الأرفف المفتوحة، وعلى الكتبة المكلفين بالإشراف على أقسام الملفات إجراء مراجعة منتظمة وروتينية للسجلات، وإزالة أي سجل يتضح من تاريخه أن عاماً أو أكثر قد انقضى منذ آخر زيارة أو فترة إقامة للمريض بالمستشفى، ولا يستثنى من هذا النظام سوى المرضى الذين يعانون من الأمراض التالية:

- السرطان.
- السكر.
- أمراض القلب.
- الحالات المزمنة.

إجراءات قسم السجلات الطبية فيما يتعلق بالسجلات غير النشطة تكون كما يلي:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

1. يقوم القسم بإرساء نظام لحفظ السجلات غير النشطة على نحو يتيح الاطلاع عليها بسهولة. ومن المحبذ أن يتم حفظ السجلات غير النشطة في مكان آخر من المستشفى أو أن تقوم المستشفى باستئجار مكاناً آخر لحفظها فيه.
2. يمكن حفظ الملفات غير النشطة بسهولة لتسهيل الاطلاع والحصول عليها عن طريق تطبيق نظام مزدوج في غرفة حفظ الملفات ويعنى ذلك خلق نظام حفظ يعتمد على الأرفف المفتوحة ويتم ترتيب الملفات فيه وفقاً للرقم الطرقي، ويسمح ذلك بسهولة الوصول للملفات نظراً لاعتياد الموظفين على هذا النظام. وبالإضافة لذلك فإن مثل هذا النظام يتطلب بروتوكولاً بسيط للبحث عن الملفات وذلك بسبب سهولة استخراج السجلات.
3. يمكن أيضاً إعداد أنظمة آلية للبحث، حيث يمكن أن يقوم كاتب السجلات الطبية بإدخال السجل غير النشط في نظام البحث الموجود في الحاسب الآلي عن طريق إضافة اسم المريض ورقم السجل الطبي وتاريخ آخر زيارة للملف الموجود فعلاً على الحاسب الآلي، غير أن هذا الأسلوب يمكن أن يكون مكلفاً.
4. في حالة تحول الملفات من ملفات نشطة إلى ملفات غير نشطة ونقلها إلى المكان المخصص لحفظ النوع الأخير من الملفات، يجب وضع بطاقة مكانها تفيد ذلك أو إدخال بيانها في نظام البحث الموجود في الحاسب الآلي.

التخلص من السجلات الطبية: (30.53.54.55)

1. يجوز التخلص من السجلات الطبية غير النشطة بعد انقضاء فترة زمنية معينة تتحدد من خلال الإرشادات التوجيهية لوزارة الصحة أو من خلال سابقة قانونية أو تصرفات سابقة.
2. يجب تسجيل السجلات التي يتقرر التخلص منها وفقاً لاسم المريض ورقم السجل الطبي وآخر تاريخ للنشاط.
3. يجب التخلص من السجلات كلية للحيلولة دون الاطلاع عليها من قبل أي شخص أو استخراج نسخ مطابقة منها. فيما يلي قائمة بالفترات الزمنية للاحتفاظ بالسجلات:

نوع السجل الفترة الزمنية للاحتفاظ

شهرين

● إذن دخول وخروج

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

التعداد اليومي	●	سنة
ملاحظات التمريض	●	شهرين أو لحين خروج المريض مباشرة
السجل الصحي للمريض (البالغين)	●	عشرة سنوات بعد تاريخ آخر عرض على الطبيب
السجل الصحي للمريض (القصر)	●	قانون التقادم بالإضافة لسن الرشد
الصور التشخيصية (أفلام الأشعة)	●	5 سنوات
فهرس الأمراض	●	10 سنوات
سجلات مراقبة قلب الجنين	●	بعد بلوغ الطفل سن الرشد بعشرة أعوام
ملفات الفهرس الرئيسي للمرضى	●	دائماً
فهرس العمليات	●	10 سنوات
سجل المواليد	●	دائماً
سجل الوفيات	●	دائماً
سجل مرضى الطوارئ	●	دائماً
سجل الإجراءات (العمليات) الجراحية	●	دائماً
سجل الدخول	●	دائماً

سادساً: مكتب الدخول والخروج

يقوم مكتب الدخول والخروج بالإجراءات التالية: (1،25،55)

1. يقوم كاتب الدخول والخروج أو التسجيل باستقبال جميع المرضى الذين يحضرون لمكتب دخول مرضى القسم الداخلي لإدخالهم للمنشأة.
2. يتم التحقق من الفئة المالية للمريض ومراجعة خريطة الأسرة لمعرفة مدى توفر الأسرة والتأكد من توافر سرير من رئيسة الجناح أو الممرضة المسؤولة.
3. يتم بعد ذلك تحويل المريض لمكتب أمين الخزينة لدفع مبلغ تأمين تحت الحساب يتم تحديده وفقاً لدرجة السرير المختارة ونوع الجراحة المطلوبة وفترة الإقامة المتوقعة بالمستشفى وفي حالة المريض المجاني يكون فإن هذه الخطوة تكون غير لازمة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

4. يجب في حالة توافر غرفة أو سرير إخطار رئيسة الجناح أو الممرضة المسؤولة بالدخول الوشيك للمستشفى حتى يتم تجهيز الغرفة لشغلها من قبل المريض.
5. يراعى في حالة انعدام وجود سرير شاغر إخطار كل من المريض والطبيب بإصدار تعليماته بهذا الشأن.
6. يراعى في حالة استخدام التطبيق الآلي للتسجيل استكمال "شاشة معلومات دخول المريض".
7. يتم استكمال نموذج الدخول والخروج على نحو واضح ومقروء.
8. يجب الحصول على نموذج أو نماذج موافقة موقعة ومؤرخة من المريض بخصوص سياسات المستشفى والإجراءات الجراحية بعد شرحها من قبل العاملين المؤهلين بالمستشفى أو الطبيب الذي أمر بالدخول.
9. يجب في حالة عدم قدرة المريض على توقيع نماذج الموافقة بسبب مرضه الشديد أو رفضه التوقيع التأشير بما يفيد ذلك في النموذج، على أن يتم تأريخه والتوقيع عليه من قبل الكاتب.
10. يتم التأكد من السجل الطبي للمريض وبيانات الحاسب الآلي والبيانات المقدمة من المريض مع مراعاة إجراء كافة المراجعات والتحديثات اللازمة.
11. يتم إدخال المريض ونقله للجناح المناسب بواسطة العامل المختص على كرسي متحرك أو نقالة حسب الحالة على أن يكون برفقة السجلات الطبية الجديدة والقديمة.
12. يجب إدخال مرضى الطوارئ أو المرضى ذوي الحالات الخطرة فوراً للجناح لتلقى العلاج، على أن يتم استكمال إجراءات الدخول والخروج لاحقاً بواسطة كاتب الدخول والخروج.
13. يتم تسجيل دخول المريض في السجل العام للدخول والخروج.
14. يتم استكمال بطاقة الفهرس الأبجدي للمريض بالنسبة للمرضى الجدد وإعطاء المريض بطاقة متابعة مشتملة على اسمه ورقم السجل الطبي الخاص به.
15. يتم إعداد قائمة تعداد الدخول اليومي لمكتب الإحصاء.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

حالات الخروج

حالات الخروج من المستشفى تتمثل في الحالات التالية:^(1,25)

- خروج المرضى من المستشفى.

- الوفاة.

- مغادرة المستشفى ضد النصيحة الطبية.

- الهروب.

1. قائمة الخروج اليومي:

يتم إعداد قائمة يومية بكافة حالات الخروج من المستشفى وتقديمها لمكتب الإحصاء في أوقات متفق عليها.

2. الخروج:

يتم إضافة كافة المرضى الذين يخرجون من المستشفى لقائمة التعداد اليومي لحالات الخروج التي يتم إرسالها لمكتب الإحصاء في أوقات محددة. ويجب تسجيل تاريخ الخروج والتشخيص النهائي أمام اسم المريض في السجل العام للدخول والخروج، ويجوز تكليف كاتب الفترة الصباحية أو المسائية بمسئولية حفظ السجل المذكور وتقرير التعداد.

3. بالنسبة لحالات مغادرة المستشفى عكس نصيحة الأطباء أو الهروب منها (بالتسلل خارجها أو الاختفاء):

يجب تدوين التاريخ والوقت في صحيفة الملاحظات الخاصة بتقديم الحالة في السجل الطبي وكذلك في السجل العام للدخول والخروج مقابل اسم المريض فور قيام الممرضة المسئولة عن الجناح بالإبلاغ عن الواقعة. وبالإضافة لذلك، يجب إخطار مكتب شئون المرضى أو الطبيب المعالج أو الطبيب الذي أمر بالدخول وأقرب أقرباء المريض في أسرع وقت ممكن.

4. حالات الوفاة:

فور قيام رئيسة الممرضات أو الممرضة المسئولة بالإبلاغ عن حدوث الوفاة يقوم كاتب الدخول والخروج بتسجيل تاريخ وساعة حدوث الوفاة في السجل العام للدخول والخروج أمام اسم المريض ويجب بعد ذلك إخطار أحد أقرباء المريض.

5. إخطارات الخروج المكتوبة:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يتم إعداد اخطارات مكتوبة بدخول وخروج المرضى لتقديمها لجهات العمل حسب الطلب.

سابعاً: ترميز (تكويد) وفهرسة الأمراض والإجراءات

يجب تصنيف البيانات الاكلينيكية للمرضى الذين يتم علاجهم بالمنشأة من أجل تجميع البيانات وإعداد التقارير للإسهام في تقييم مدى ملاءمة الرعاية الطبية وحسن توقيتها بهدف تسهيل تخطيط عملية توفير الرعاية الصحية ومساعدة الأطباء على تحديد أنماط الرعاية المقدمة للمرضى وتحليل المقابل المادي لخدمات الرعاية الصحية وإجراء الأبحاث الوبائية والإكلينيكية.

الإجراءات الخاصة بترميز (بتكويد) وفهرسة الأمراض والإجراءات:

هناك العديد من الإجراءات الخاصة بترميز وفهرسة الأمراض والإجراءات التي يقوم بها العاملين في قسم السجلات الطبية، وهي: (4.12.49.50.55)

1. يقوم موظف السجلات الطبية باستلام كافة سجلات حالات الخروج من فني السجلات الطبية المسؤول عن تحليل واستكمال السجلات، ثم يقوم المكود بفرز السجلات حسب تاريخ الخروج ومعالجة الخروج الأقدم أولاً.

2. يقوم المكود بالتعرف على التشخيص والإجراءات وتكويدها باستخدام الطبعة الحالية من "التصنيف الدولي للأمراض - المراجعة التاسعة - مجلد 1" وهو عبارة عن قائمة مجدولة تحتوى على قائمة رقمية لأرقام أكواد الأمراض في صورة جدول، والمجلد (2) الذي يحتوى على فهرس أبجدي بالأمراض المدرجة في مجلد (1) - والمجلد (3) الذي يشتمل على نظام تصنيفي للإجراءات الجراحية والتشخيصية والعلاجية.

3. يقوم مكود السجلات الطبية بتكويد كافة التشخيصات الموجودة في السجل الطبي والمدونة من قبل مقدمي الرعاية الصحية، مبتدئاً بالتشخيصات الواردة في الصحيفة الأمامية بالسجل.

4. تصنف القائمة المجدولة في المجلد (1) الأمراض إلى فئات ذات ثلاثة أرقام قد تمثل مرض واحد أو مجموعة من الحالات المرضية الوثيقة الصلة به - مثال: الرقم 001 يمثل الرموز الخاصة بمرض الكوليرا على حين أن الرقم 002 يمثل مرضى التيفويد أو حمى البارافيفويد. وحيث أن معظم الفئات ثلاثية الأرقام مقسمة إلى فئات فرعية ذات أربعة أرقام عن طريق إضافة رقم عشري واحد فان إضافة رقم رابع هو الصفر (0) إلى كود الكوليرا (001) سوف يظهر الكوليرا الناجمة عن الإصابة ب Cholera Vibro تحت كود رقم 001.0

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

5. يتم تقسيم بعض الفئات الفرعية إلى تصنيفات فرعية ذات خمسة أرقام عن طريق إضافة رقم عشري ثاني، وبالرجوع للمثال رقم 1 "فإن الرقم الخامس بالنسبة للكود 451.8 يشير إلى أماكن محددة للإصابة بالتهاب الوريد والتهاب الوريد التثخري، والرقمين الرابع والخامس يقدمان مزيداً من المعلومات عن أسباب الأمراض وأماكن الإصابة بها وأعراضها والمضاعفات الناجمة عنها، ولذلك فإن من الواجب استخدام الرمز ذي العدد الأكبر من الأرقام".

6. توجد مجموعة من أكواد الفئات الفرعية المعنونة باسم "أخرى" و "غير محددة"، وقد تم إدراج هذه الرموز لتصنيف الحالات التي ليس لها عنوان مستقل في الفئات الفرعية. ويمثل الرقم 8. "الرموز الأخرى" بينما يشير الرقم 9. إلى الرموز "غير المحددة" ولكن كقاعدة عامة يجب دائماً استخدام الرمز الأكثر تحديداً قدر المستطاع.

7. توجد مجموعة من الرموز المستخدمة "لظروف خلاف المرض أو الإصابة المصنفة في الجزء الرئيسي من القائمة المجدولة". ويشار لتلك الرموز على أنها "تصنيف العوامل المؤثرة على الوضع الصحي والاتصال بالخدمة الصحية" - وهي تنقسم إلى ثلاثة فئات كما يلي:

● أكواد تستخدم عند استعمال الشخص للخدمات الصحية رغم عدم كونه مريضاً مثل المتبرع بأحد أعضاء جسمه.

● أكواد تستخدم عند توجه المريض ذي المرض أو الإصابة المعلومة أو المشخصة لمنشأة رعاية صحية للعلاج من ذلك المرض أو الإصابة مثل إجراء غسيل كلوي أو تلقي علاج كيميائي للسرطان.

● أكواد تستخدم في حالة احتمال تأثير حادث أو إصابة معينة على حالة مرضية موجودة من قبل مثل السرطان.

ويشار لأكواد التصنيف التكميلية هذه باسم أكواد "V" وذلك لأنها تبدأ بالحرف "V" يليه رقمين ثم رقماً عشرياً.

مثال: الرمز V 70.0 يشير إلى شخص تم إخضاعه لكشف طبي روتيني في منشأة للرعاية الصحية، على حين أن الرمز V 46.1 يشير إلى شخص موضوع على جهاز تنفس صناعي.

وتستخدم أكواد "E" في تصنيف الأسباب الخارجية للإصابة والتسمم؛ أي الأحداث البيئية والظروف والأحوال الأخرى المتسببة في حدوث الإصابة والتأثيرات الضارة الأخرى. وتبدأ أكواد "E" بالحروف الإنجليزية "E" ثم يليه ثلاثة أرقام عشرية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مثال: الرمز E 923.0 ناجم عن الألعاب النارية، في حين أن الرمز 930.0 يمثل رد الفعل السلبي لاستخدام مادة البنسلين في العلاج.

اجراءات الترميز التي يقوم فيها موظف السجلات الطبية تشمل الإجراءات التالية:

1. يجب على مكود السجلات الطبية عند إجراء الترميز مراجعة السجل الطبي كله لتحديد التشخيص الرئيسي والذي قد يختلف عن التشخيص أو المشكلة عند دخول المريض، وذلك لأن الفحوصات المجراة عقب الدخول قد تشير إلى مشكلة محددة. كما يجب ملاحظة أن التشخيص الأول المدون من قبل الطبيب عند الخروج قد يشير إلى التشخيص الرئيسي، بل التشخيص الأول، وقد يكون التشخيص المبدئي أو الأولي هو السبب الجذري في حدوث الإصابة بالمرض أو الوفاة.

2. يتم تصنيف الإجراءات حسب ICD- 9- CM 2 باستخدام الرموز التي تتألف أساساً من رقمين يضاف. لهما رقماً عشرياً ثم رقماً عشرياً آخر عندما يكون من الضروري إلقاء الضوء بصورة أكثر تحديداً على الموقع أو الإجراء.

مثال:

13.7 عملية ترقيع عدسة العين

13.70 تركيب عدسة صناعية للعين

13.71 تركيب عدسة صناعية للعين عند استخراج المياه البيضاء من العين -
مرحلة واحدة

13.72 تركيب ثانوي لعدسات صناعية بالعين

3. يقوم المكود بتسجيل كافة الرموز التشخيصية والإجرائية في المكان المخصص لذلك بالصحيفة الأمامية بالسجل الطبي، ويجوز تسجيل أكوادا إضافية على وجهي النموذج - إذا كان ذلك ضرورياً.

4. يتم إدخال الرموز التشخيصية والإجرائية بعد انتهاء المكود من استكمال إجراءات الترميز، في فهرس الأمراض والعمليات الجراحية الموجود على الحاسب الآلي.

5. يقوم مكود السجلات الطبية بإرسال السجلات إلى قسم الملفات للحفظ.

6. يجب اتباع تعليمات دليل الترميز بكل دقة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ثامناً: قسم الإحصاء

يجب تجميع وإعداد وتحليل وتفسير وتقديم وتوزيع معلومات الرعاية الطبية المتصلة بالأداء المهني للمستشفى والهيئة الطبية والأطراف الأخرى المشاركة في تقديم الرعاية الصحية. ويجب أن يراعى في تلك الإحصائيات أن تكون ملائمة ودقيقة وموثوق بها ومتسقة وقابلة للاستخدام في اتخاذ القرارات الهامة. ويقوم قسم السجلات الطبية بالتعاون مع الإدارة والهيئة الطبية بوضع الاجراءات اللازمة بعد تحديد البيانات الواجب جمعها وكيفية تعريفها.

الإجراءات التي يقوم بها قسم الإحصاء:

1. يتم جمع كافة التقارير المتصلة بأنشطة علاج مرضى القسم الداخلي والعيادات الخارجية ومرضى قسم الطوارئ الجاري علاجهم بالمنشأة من الأقسام المعنية.
2. يتم جمع وحفظ كافة التقارير المحتوية على بيانات رعاية المرضى والمستلمة من القسم الداخلي والعيادات الخارجية وقسم الطوارئ في ملف (دوسيه) خاص بعد التأكد من دقة البيانات بما في ذلك التاريخ والمصدر وأرقام المرضى وغير ذلك من البيانات ذات الصلة.
3. يتم استلام وحفظ كافة التقارير الأخرى المتصلة بالمرضى والتعداد وبالحالة الصحية، بما في ذلك تقارير التعداد اليومي والدخول والخروج والإحالة وتقارير الوفاة، مع مراعاة التأكد من تأريخ التقارير ووضعها في حافظات مناسبة على نحو ملائم.
4. يتم إعداد تقريراً إحصائية شهرية وربع سنوية ونصف سنوية عن النشاط الطبي بالشكل المتفق عليه وتوزيعها على الأقسام والأفراد المعنيين.
5. يتم استكمال كافة التقارير المتصلة بحالات الدخول والخروج والتحويل والوفيات وفترة الإقامة بالمستشفى ونشاط العيادات الخارجية ونشاط قسم الطوارئ عن الشهر السابق في موعد أقصاه العاشر من كل شهر تمهيدا لتوزيعها.
6. يتم إعداد تقرير نشاط شهري عن أنشطة كافة أقسام المستشفى وتشمل قسم الجراحة والأشعة والمعمل ورسم القلب الكهربائي والعلاج الطبيعي والغسيل الكلوي... الخ.
7. يتم حفظ سجلاً شهرياً لحالات الوفاة بحيث يشمل على البيانات التالية: اسم المريض ورقم السجل الطبي للمريض وتاريخ الدخول وتاريخ ووقت وسبب الوفاة والتشخيص النهائي والقسم الذي وقعت به الوفاة.
8. يتم حفظ سجلاً لحالات المواليد داخل المستشفى مبين به البيانات الأساسية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

9. يتم إعداد وتقديم نسخة من كافة التقارير الإحصائية الشهرية وربع السنوية ونصف السنوية والسنوية وتقارير الدخول والخروج وتقارير التحويل الأخرى المتفق عليها لمكتب مدير المنشأة الصحية ونسخة أخرى لإدارة المشروع ونسخة ثالثة لرئيس الهيئة الطبية، على أن يتم حفظ كافة نسخ التقارير في ملفات مناسبة ومأمونة بالقسم لتسهيل الاطلاع عليها عند الحاجة.

عناصر البيانات الواجب جمعها من أجل إعداد التقارير الخاصة بالخروج:

فيما يلي عناصر البيانات التي يلزم جمعها من أجل إعداد التقارير عن حالات الخروج من

المستشفى:

1. الاسم
 2. رقم السجل الطبي
 3. تاريخ الميلاد
 4. النوع (الجنس)
 5. العنوان
 6. الرقم التعريفي للمنشأة أو اسمها /قسم الدخول
 7. تواريخ الدخول والخروج - اليوم والشهر والسنة
 8. الرقم التعريفي للطبيب أو اسمه
- الرقم التعريفي للطبيب المعالج.
 - الرقم التعريفي للطبيب الذي قام بإجراء العملية الجراحية.
9. التشخيص - ويقصد به كافة التشخيصات التي أثرت على فترة الإقامة الحالية بالمستشفى:
- التشخيص الرئيسي: - ويقصد به الحالة التي يثبت بعد إجراء الدراسة اللازمة أنها السبب الرئيسي وراء دخول المريض للمستشفى لتلقى الرعاية الصحية.
 - التشخيصات الأخرى: - ويقصد بها كافة الحالات المرضية التي تكون موجودة عند دخول المريض وتتطور لاحقا أو التي تؤثر على العلاج المقدم أو فترة الإقامة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يجب استبعاد التشخيص المتصل بفترة العلاج السابقة عديمة الصلة بفترة الإقامة الحالية بالمستشفى.

10 . الإجراءات والتواريخ - يجب إعداد تقريراً عن كافة الإجراءات الهامة.

11 . الإجراءات الهامة:

- يقصد بالإجراءات الهامة الآتي:
 - الإجراءات الجراحي - أو
 - الإجراء الذي ينطوي على مخاطرة - أو
 - الإجراء الذي ينطوي على مخاطرة تخديرية - أو
 - الإجراء الذي يتطلب تدريباً متخصصاً (مهارة خاصة)
- بالنسبة للإجراءات الهامة، فإنه يجب ذكر الرقم التعريفي للشخص الذي يقوم بالإجراء والتاريخ.
- في حالة توثيق أكثر من إجراء واحد، يجب إبراز الإجراء الرئيسي فقط، ولتحديد أي الإجراءات هو الإجراء الرئيسي يتم تطبيق المعايير التالية:
 - الإجراء الرئيسي: هو الإجراء الذي يتم القيام به من أجل تقديم علاج محدد بدقة وليس من أجل أغراض تشخيصية أو استقصائية أو من أجل العناية بإحدى المضاعفات فإذا تبين أن هناك إجراءً هاماً، يتم اختيار الأكثر ارتباطاً بالتشخيص الرئيسي.
- الموقف الحالي للمريض:
 - الخروج للمنزل (الخروج الروتيني)
 - المغادرة ضد النصيحة الطبية
 - الخروج بناء على إحالة لمستشفى أخرى لقضاء فترة رعاية قصيرة
 - الخروج بناء على إحالة لمستشفى أخرى لقضاء فترة رعاية طويلة
 - الخروج بناء على إحالة لمستشفى رعاية متخصصة
 - الوفاة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- أخرى

12. الفئة المالية للمريض:

- التأمين الخاص.
- المريض المتكفل بدفع رسوم العلاج بنفسه.
- مريض العلاج المجاني.
- تعويضات العاملين (العلاج على نفقة الدولة).
- هيئة التأمين الصحي.
- خلافه.

التحليل النوعي

يقوم القسم بإجراء مراجعة نوعية لمحتوى السجل الطبي للتأكد من مطابقة التوثيق للمعايير الموضوعية التي تضمن إجراء توثيقاً كاملاً للبيانات الخاصة بالتشخيص والإجراءات واتساق التوثيق المقدم من قبل أعضاء فريق الرعاية الصحية وتقديم تبريرات كاملة لدخول المريض وخطة العلاج وكذلك توثيق الموافقات.^(28,47)

إجراءات المراجعة النوعية لمحتوى السجل الطبي:

1. يقوم فني السجلات الطبية بمراجعة السجلات الطبية الخاصة بكافة المرضى المعالجين في المنشأة للتأكد من توثيق كافة إجراءات تقديم خدمات الرعاية الصحية.
2. يتم التأكد من توثيق التشخيص عند الدخول والذي يعكس سبب الدخول للمستشفى.
3. يتم التأكد من توثيق التشخيص السابق للعملية الجراحية وسبب إجراء الجراحة أو الإجراء الجراحي والنتائج المتوقعة.
4. يتم التأكد من وجود تشخيص مرضى وتشخيص محدد بعد العملية الجراحية.
5. يتم التأكد من وجود توثيق يعكس النتائج الإكلينيكية وتقرير مفصل عن العملية الجراحية.
6. يتم التأكد من تدوين كافة الإجراءات تماماً، ويشمل ذلك الإجراءات المدونة في ملخص الخروج والتقرير الخاص بالعملية الجراحية، ويجب أن يراعى عند بيان (Front sheet)

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الصفحة الأمامية- الإجراءات أن يكون ذلك وفقا لتسلسل حدوثها بحيث يتم البدء بالإجراء الرئيسي أولا، ويقصد بالإجراء الرئيسي الإجراء الأكثر ارتباطا بالتشخيص الرئيسي أو الذي يتم أدائه من أجل علاج محدد.

7. تتم مراجعة الملاحظات النهائية الخاصة بتقديم الحالة وملخص الحالة والصحيفة الأمامية للتأكد من وجود كافة التشخيصات التي تم بموجبها إدخال المريض للمستشفى أو التي تطلبت تقديم العلاج للمريض أثناء فترة إقامته بالمستشفى، بما في ذلك التشخيص الرئيسي والتشخيص عند الخروج وكافة التشخيصات الثانوية.

8. يتم التأكد من توثيق أية حالة مرضية أخرى كانت موجودة لدى المريض عند دخوله للمستشفى أو أثرت على تطور المرض أو على خطة علاج المريض.

9. تتم مراجعة السجل الطبي للتأكد من استمرارية التوثيق وتدوين البيانات التشخيصية على نحو متسق من يوم الدخول وحتى يوم الخروج فضلا عن المعلومات الطبية المتعلقة بتقدم الحالة أثناء فترة الإقامة بالمستشفى.

10. يتم التأكد من كتابة ملاحظات ملائمة وسليمة عن تقدم الحالة وتاريخها والتوقيع عليها بواسطة مقدمي الرعاية الصحية.

11. يتم التأكد من اتساق أوامر الطبيب وسجلات (كارديكس) الدواء / العلاج.

12. يجب أن يعكس التوثيق الخاص بالتمريض فهم أوامر وتعليمات الطبيب والامتثال لها، ويجب التأكد من وجود توثيق يعكس أيضا امتثال هيئة التمريض والطبيب المعالج للأوامر ومراجعتهم لها.

13. يجب أن يبرر التوثيق سير عملية إيداع المريض بالمستشفى وعلاجه ويصفها.

14. يتم التأكد من توثيق كافة النماذج وتاريخها وتوقيعها من قبل مقدمي الرعاية المعنيين.

15. يتم التأكد من استكمال كافة الموافقات والإقرارات وتوقيعها وتاريخها ووجود شهود عليها.

16. يتم التأكد من تدوين اسم المريض ورقم السجل الطبي وتاريخ الميلاد وتاريخ الدخول والخروج على نحو ملائم في الصحيفة الأمامية وفي كل نموذج بسجل المريض.

17. يجب تسجيل كافة البيانات الناقصة في القائمة الخاصة بالبيانات الناقصة في الملفات غير المكتملة وثبيتها في مقدمة السجل الطبي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

القسم الخاص بملفات الأطباء غير المكتملة

يجب استلام كافة سجلات الخروج غير المكتملة والتأكد منها وقيدها في ملفات الأطباء غير المكتملة (كارديكس)، وهذه السجلات هي التي يثبت بعد إجراء تحليل نوعي لها أنها غير مكتملة ومن ثم يتم حفظها كسجلات غير مكتملة لحين قيام الأطباء باستكمالها.

الإجراءات الخاصة بملفات الأطباء غير المكتملة

1. يقوم فني السجلات الطبية باستلام كافة السجلات الطبية غير المكتملة والتي سبق تحليلها ومطابقة دقة السجلات بنموذج الملفات غير المكتملة الخاص بالقسم.

2. يتم قيد السجلات غير المكتملة في ملف السجلات غير المكتملة الخاص بالأطباء وفقا لاسم المريض ورقم السجل الطبي وتاريخ الدخول وتاريخ الخروج وكذلك البيانات الناقصة وفقا لكود النقص الوارد ضمن قائمة النواقص.

3. يتم حفظ السجلات غير المكتملة في قسم الملفات غير المكتملة وترتيبها وفقا للرقم الطرقي المشار اليه سابقا.

4. يتم إعداد قائمة أسبوعية بالسجلات غير المكتملة وفقا للطبيب، والخدمة أو القسم وتاريخ الدخول وتاريخ الخروج وتاريخ حدوث التقصير ثم توزيعها على الإدارة ورئيس الهيئة الطبية ورؤساء الأقسام الرئيسية وبقية العاملين أو الأقسام المعنية.

5. يتم تسليم السجلات غير المكتملة للأطباء الذين يحضرون للقسم لاستكمال بيانات السجلات الخاصة بهم.

6. تتم مراجعة كافة السجلات غير المكتملة بعد استكمالها من قبل الأطباء، وعند التأكد من استكمال جميع النواقص يتم نزع قائمة البيانات الناقصة من السجل الطبي ووضعها في الحاوية الخاصة بالسجلات ذات النواقص ثم تحويل السجل الطبي المستكمل لغرفة الحفظ حيث يتم حفظه بالملفات الدائمة. وفي حالة توزيع السجل على أكثر من طبيب واحد لاستكمالها، يجب مراجعته فورا من قبل فني السجلات الطبية فإذا ظل السجل ناقصا وجب إعادته لقسم السجلات غير المكتملة للحفظ، أما إذا تم استيفاء كافة النواقص يتم حفظ السجل كاملا.

7. يجب على فني السجلات الطبية القيام بإزالة كافة نماذج البيانات الناقصة من الحاوية المذكورة في الفقرة السابقة بشكل روتيني وعلى الأقل مرة واحدة في نهاية كل نوبة والاطلاع

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

على ملفات الأطباء غير المكتملة (كارديكس) ونزع بطاقة الطبيب المعنى ووضع خط عريض مزدوج فوق اسم المريض للدلالة على قيام الطبيب باستكمال البيانات الناقصة وان السجل الطبي أصبح كاملاً (إذا لم يكن هناك بيانات ناقصة أخرى لاستيفائها بواسطة أطباء آخرين). كذلك يجب أن يقوم فني السجلات الطبية برفع اسم الطبيب من قائمة النواقص.

8. يقوم الفني قبل حفظ السجلات على اعتبار أنها كاملة، بمراجعة الصحيفة الأمامية بالسجل لتحديد السجلات غير المكودة ومن ثم إرسالها إلى قسم الترميز لتكويدها.

فهرس الأطباء

يجب توفير قاعدة بيانات بهدف توفير معلومات عن نشاط الأطباء، متضمنة حجم العمل الذي قام به الطبيب، نوع وعدد مرضى الدخول المعالجين من قبل الطبيب في المنشأة.

1. فهرس الأطباء هو سجل سرى للمرضى الذين قام الطبيب بعلاجهم، عادة يكون إما يدوياً أو آلياً (بالحاسوب)، وتحتوي الإدخالات في هذا الفهرس على المعلومات الآتية:

أ. اسم الطبيب.

ب. الرقم الرمزي للطبيب.

ج. الخدمة التي يقوم بها الطبيب.

د. اسم المريض.

هـ. رقم السجل الطبي.

و. خدمة المستشفى.

ز. مدة الإقامة.

ح. مصاريف المستشفى.

ط. تكلفة المستشفى.

ي. التشخيص.

ك. الإجراءات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ل. تاريخ الدخول.

م. تاريخ الخروج.

2. هذه البيانات تستخدم في فهرسة الأمراض والإجراءات التي اتخذت بمعرفة الطبيب، وكذلك توفير تقرير شهري، ربع سنوي، ونصف سنوي، وسنوي للنشاط الذي قام به الطبيب. يمكن الحصول على قائمة الفهرس حيث يحتوي على أسماء المرضى الذين قام الطبيب بمعالجتهم في فترة محددة. كذلك يمكن مطابقة هذا الفهرس بعدد الجراحات التي أجراها الطبيب أو باستخدام الأسرة أو بمدة الإقامة.

3. أن فهرس الأطباء يمكن استخدامه في تقييم عمل الطبيب، ومراجعة لجنة السجلات لبيان مدى الاستفادة من الخدمة، وأيضا تقييم حالات الدخول للطبيب من قبل إدارة المستشفى.

4. أن الطرق اليدوية تعد من أسهل الطرق للحفاظ فعادة تحفظ في كروت أبجدية باسم الطبيب أو بالرقم الرمزي له وتوضع في صناديق لحفظ الملفات، ويتم تحديث هذه الكروت يوميا مع كل خروج بمجرد وصول سجلات الخروج للقسم.

5. الفهارس الإلكترونية تستخدم للاستفادة من البيانات في عمل التقارير المختلفة للإدارة والسير الذاتية للأطباء ومناهجهم وبذلك يكون مركز المعلومات مسئولا عن جدولة وإصدار التقارير الدورية وإرسالها للإدارات.

علاقة قسم السجلات الطبية مع الأقسام الأخرى

يعتبر مشرف قسم السجلات الطبية مسئولا عن تنظيم علاقات مع الأفراد العاملين معه ومع الأقسام الأخرى التابعة للمستشفى على أن تكون على درجة كبيرة من التعاون والمودة الشكل (7-6). (1,56,57)

1. الأقسام الداخلية والعيادات الخارجية

- التعداد اليومي للمرضى.
- استعارة الملفات الطبية.
- سجلات مرضى الدخول والخروج.
- السجلات المفقودة.

2. قسم الطوارئ

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

● التعداد اليومي والتقارير الإحصائية.

● استعارة الملف الطبي.

3. قسم العمليات

● القيام باستكمال تقرير العمليات التخدير/الولادة.

● إعداد الملفات الطبية للأبحاث.

● عمل إحصائيات العمليات.

4. الخدمة الطبية المساعدة (المختبر - الأشعة - الصيدلانية):

● إرسال صورة من النتائج أو الوصفة الطبية لرفاقها بالملف.

● عمل التقارير الإحصائية.

5. أقسام تشخيصية وعلاجية أخرى:

(علاج طبيعي - مناظير - رسم قلب - سمعيات ... الخ):

6. لإدارة المالية مرجع لتدقيق حسابات المرضى

7. إدارة المواد: توفير المطبوعات والنماذج والسجلات الخاصة بقسم السجلات الطبية

8. الإدارة:

● متابعة مستوى الأداء لقسم السجلات الطبية.

● استلام التقارير الإحصائية والمقترحات.

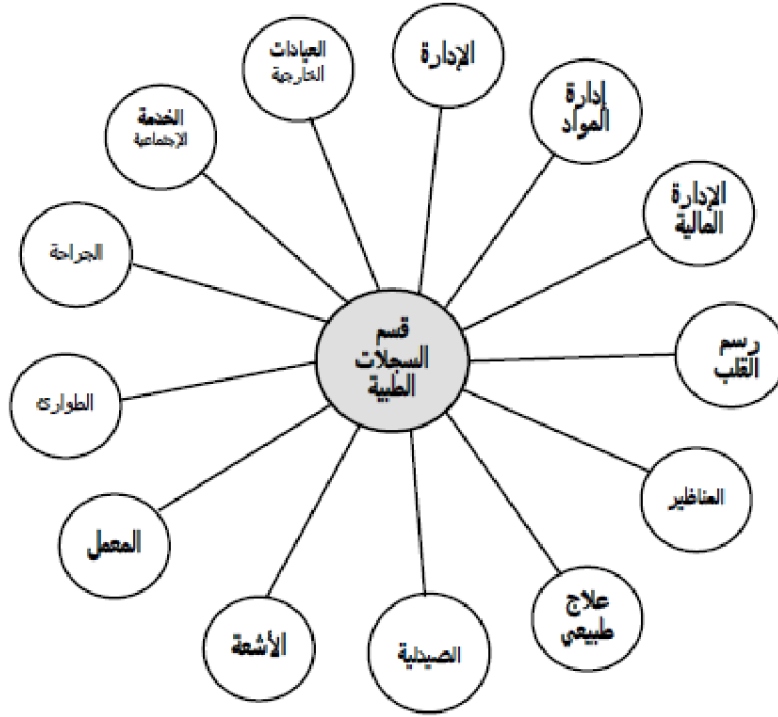
9. إدارة الخدمة الاجتماعية:

● التعرف على المرضى الذين تقرر لهم خدمة مجانية.

● مطابقة التقارير ومتابعة دخول القسم الداخلي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

رسم توضيحي يبين علاقة قسم السجلات الطبية مع الأقسام الأخرى



الشكل 7.6- علاقة قسم السجلات الطبية مع الأقسام الأخرى

إفشاء المعلومات

يجب على قسم السجلات الطبية معرفة أن السجل الطبي يعتبر مستندا قانونيا وبذلك يجب الحفاظ على سرية هذه السرية هي أساس الناحية القانوني للسجل الطبي. وتعتمد سرية السجلات الطبية على عدم التصريح باستعمالها لكون المعلومات التي بها تخص مريضاً بعينه، وتفوض سلطة إفشاء المعلومات إلى مشرف قسم السجلات الطبية وإدارة المستشفى، كما يجب التأكيد على أنه لا يجوز إفشاء معلومات ذات قيمة إكلينيكية دون الرجوع إلى موافقة كتابية من المريض.

الإجراءات المتبعة للحفاظ على سرية محتويات السجل الطبي:

يجب أن يعي العاملون في قسم السجلات الطبية أن المعلومات المحفوظة لديهم هي معلومات خاصة بمريض، فلذلك يجب الحفاظ على سريتها وحمايتها، كما يجب على الهيئات الحكومية وشركات التأمين وأصحاب العمل والباحثين أن يدركوا أن للمريض الحق في الحفاظ على سرية المعلومات داخل السجلات الخاصة به. ويمكن إفشاء المعلومات الخاصة بالمريض في الحالات الآتية: (1,41,48,58).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

1. يجوز إفشاء معلومات ذات قيمة إكلينيكية بعد الرجوع إلى موافقة كتابية من المريض أو أولي الأمر وتتضمن هذه المعلومات التشخيص الخاص بحالة المريض والعلاج الذي أعطى له، حيث إن هذه المعلومات غير سرية بالنسبة للمريض أو مقدمي الخدمة أو المنشأة.

2. تعتبر المعلومات الشخصية أو (الثانوية) للمريض المتعلقة بالسن والجنس والحالة الاجتماعية والوظيفة من المعلومات السرية التي تستوجب الموافقة الكتابية من المريض أو الوصي عليه حتى يمكن إفشاؤها.

3. يمكن للمستشفى إفشاء المعلومات الخاصة بتشخيص الحالة والعلاج الذي أعطى له دون الرجوع إلى موافقة كتابية مثل في أمر النيابة والقضاء.

4. يمكن إفشاء المعلومات الشخصية والتي ليس لها أهمية إكلينيكية دون الرجوع إلى موافقة كتابية في حالة السؤال القانوني عنها.

5. تم تحويل كل الطلبات الخاصة بإفشاء المعلومات المتعلقة بصحة المريض إلى قسم السجلات الطبية للرد عليها.

ويجب أن يكون الإفشاء متمشيا مع السياسات والإجراءات الخاصة بوزارة الصحة ومؤسساتها وكل

الإرشادات القانونية المطبقة مع التأكد أن هناك موافقة كتابية موقعة ومؤرخة من المريض أو الوصي عليه حيث إن هذه المعلومات سرية ماعدا الحالات الآتية:

- التقييم الطبي.
 - إعطاء معلومات إكلينيكية لمستشفى أخرى خاصة في حالة الطوارئ.
 - للتعليم والبحث كما هو متبع بسياسة المستشفى.
 - عندما يكون المريض بالقسم الداخلي يجوز لمقدم الخدمة أن يفوض لإفشاء بعض ما بداخل الملف لطبيب آخر أو مستشفى أخرى قد يحول إليها المريض.
6. يجب أن يتضمن طلب الحصول على معلومات عن المريض البيانات الآتية:
- موافقة كتابية ومؤرخة من المريض أو الوصي عليه.
 - اسم المريض بالكامل، العنوان، تاريخ الميلاد.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- اسم المنشأة التي ستقوم بإفشاء المعلومات.
 - اسم المؤسسة المطلوب لها المعلومات. والاسم الشخصي لمستلم المعلومات.
 - الغرض من الاحتياج للمعلومات المطلوبة.
 - المعلومات المحددة المطلوب التصريح بها متضمنة تاريخ الحالة والتقارير.
 - أية موافقة بإفشاء المعلومات يمكن أن تلغى بواسطة المريض في أي وقت باستثناء ما سبق.
7. يكون للمريض الحق في معرفة المعلومات الطبية الخاصة به إلا في الحالات الآتية:
- اعتقاد مقدمي الخدمة الخاصة بالرعاية الصحية أن هذه المعلومات لها آثار عكسية على حالة المريض، وفي هذه الحالة يجب أن يكون هناك مذكرة كتابية تسلم للمستشفى والمريض على أن يقوم مقدم الخدمة بتجهيز ملخص عن الحالة الصحية للمريض موقعة ومؤرخة.
 - أن تكون المعلومات المطلوبة متعلقة بالعلاج النفسي والتشخيص بدون موافقة الطبيب المعالج.
 - أن تمثل المعلومات مصدر خطورة على حياة وأمن المريض أو عائلته.
8. لحماية المعلومات الخاصة بالمريض من أن تستخدم في غير الذي طلبت من أجله يجب الاحتفاظ بصورة من التقرير الخاص بهذه المعلومات بالإضافة إلى الآتي:
- ممنوع استخدام المعلومات في أغراض غير التي طلبت من أجلها.
 - عدم الإفصاح عن المعلومات لأية جهة أخرى.
 - التخلص من المعلومات المطلوبة بعد استخدامها.
 - تقبل فقط الطلبات الموقعة والمؤرخة ويمكن قبول الطلبات الشفهية.
 - يمكن قبول الطلبات المرسلة بالفاكس إذا كانت مرفقة بالتفويض.
9. رسوم التصوير: تحدد الرسوم بواسطة المنشأة على أساس جدول منحدر، هناك بعض الاستثناءات للإعفاء من الرسوم في الحالات الآتية:
- مقدم الخدمة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- منشأة الرعاية الصحية الأخرى التي ستقوم بعلاج المريض.
- للاستخدام في بحث معتمد.

10 . الموظفون المسموح لهم بالاطلاع: كل موظفو قسم السجلات الطبية وكل موظفو خدمة الرعاية الصحية، وإذا حاول أي موظف غير مصرح له بإفشاء المعلومات فإنه يصبح خاضعا للمساءلة بإنذار مكتوب أو بالخصم أو بإنهاء خدمته.

11 . تعليم الموظفين: يجب أن يكون الموظفون على دراية بكيفية إفشاء المعلومات وكل التعليمات الخاصة بالمريض.

12 . يستخدم النموذج الخاص المعد بالقسم لإفشاء المعلومات. (انظر المرفقات)، وعلى أي حال يمكن أن يستخدم أي نموذج على أن يتضمن البيانات المذكورة في البند رقم 6.

خدمة المرضى الخارجيين

يقوم الموظفون في قسم السجلات الطبية بعدد من الاجراءات لخدمة المرضى الخارجيين،

وهي:

- تسجيل المرضى الجدد والسابقين.
- توجيه المريض إلى الوحدات والتخصصات.
- ترميز السجلات الطبية للمرضى الخارجيين والمرضى الداخليين.
- جمع ومعالجة وفرز وترتيب السجلات الطبية.

خدمة المرضى الداخليين

يقوم الموظفون في قسم السجلات الطبية بعدد من الاجراءات لخدمة المرضى الداخليين،

وهي:

- قبول المرضى
- خروج المرضى

خدمة المرضى الخارجيين (مرضى العيادات الخارجية) Out-Patient Service

الغرض من منطقة الخدمة الخارجية هو تسجيل المرضى الجدد والقدامى وتوجيههم إلى الوحدات أو التخصصات المعنية للتشاور والعلاج.

تسجيل المرضى الجدد والقدامى

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يعمل هذا القسم طوال الأسبوع من الاثنين إلى السبت. يؤدي مساعد السجلات الطبية المستخدم في منطقة التسجيل الجديدة الوظيفة التالية: (1.14.15)

1. إجراءات تسجيل المرضى الجدد

- قبل تسجيل المرضى الجدد، يقوم مساعد السجلات الطبية بالتحقق من نموذج البيانات الاجتماعية، وسجلات العيادات الخارجية، والحقيبة البلاستيكية لحفظ بطاقة الهوية والدفاسة مكتب التسجيل.
- يقوم مساعد السجلات الطبية بفحص النظام والأدوات الأخرى للتأكد من أنه يعمل بشكل صحيح.
- مكتب التسجيل يبدأ العمل في الصباح.
- يحتوي النموذج الاجتماعي الذي يملأه المريض على اسم المريض وعمره وجنسه وأقاربه وعنوان المريض مع المدينة ورقم هاتف المريض ورقم الهاتف المحمول ورقم الفاكس.
- يتم جمع استمارة البيانات الاجتماعية المملوءة في مكتب التسجيل والتحقق من أي تصحيح وإغفال وإضافات.
- يقوم مساعد السجلات الطبية بإدخال البيانات الموجودة في النظام.
- يتم جمع المبلغ الذي قد يكون مستحقاً للتسجيل الجديد من المريض.
- يتم بعد ذلك إيداع أوراق العملة في جهاز معرف الأوراق النقدية المزيف لتأكيد الملاحظات الجيدة.
- يقوم مساعد السجل الطبي بفحص فيما إذا كان مع المريض اية تحويلات من أطباء خارجيين.
- ثم تتم طباعة البيانات في بطاقة العيادات الخارجية الرئيسية.
- يتم منح بطاقة الهوية مع الإيصال للمريض الذي يحمل رقم سجله الطبي.
- يكون المريض على اطلاع جيد بالمدة المحتملة لاستشارة الطبيب وعلاجه.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يُنقل المريض بعد ذلك إلى الطبيب مع سجل العيادات الخارجية الخاص به للتشاور.

2. إجراءات تسجيل المرضى القدامى

- يتم استدعاء المرضى الذين يزورون المستشفى اعتبارًا من اليوم التالي من تسجيلهم الجديد كمرضى جدد.
- يقوم مساعد السجلات الطبية بفحص النظام والأدوات الأخرى الموجودة في المكتب للتأكد من أنه يعمل بشكل صحيح.
- مكتب تسجيل المرضى القدامى يبدأ العمل في الصباح.
- يقوم مريض الزيارة بإصدار بطاقة التعريف إلى مكتب تسجيل إعادة الزيارة.
- يقوم مساعد السجلات الطبية بإدخال رقم السجل الطبي في النظام لتسجيل المريض.
- يتم جمع الأموال المستحقة لتسجيل المرضى القدامى من المريض.
- تعد بطاقة التتبع لاسترداد السجلات عن طريق إدخال تاريخ التسجيل ورقم السجلات الطبية.
- الغرض من بطاقة التتبع هو مساعدة المسترد على تتبع السجلات الطبية عند عدم وجودها في مكانها.
- يتم أخذ بطاقة التتبع من قبل مساعد السجلات الطبية لاسترداد السجل الطبي.
- بعد استرجاع السجل الطبي بواسطة رقم السجل الطبي (M.R.Number)، يتم الاحتفاظ ببطاقة التتبع في مكان السجل.
- في حالة فقدان السجل الطبي، ستساعد بطاقة التتبع في معرفة موقع السجل الطبي.

3. إجراء ارشاد المريض

- أثناء التدريب على السجلات الطبية، يتم تكليف متدربين السجل الطبي بدور مرشد المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• دور مرشد المريض هو توجيه المرضى إلى الوحدات المعنية من منطقة التسجيل للمرضى الجدد والقدامى.

• بعد التسجيل، يتم استدعاء المرضى الجدد والقدامى الذين ينتظرون في الصالة من خلال نظام العناوين العامة.

• بعد التأكد من اسم ومدينة المرضى الذين يتم استدعاؤهم، سيرشدهم مرشد المرضى إلى الوحدات والتخصصات المعنية.

معالجة وحفظ السجلات الطبية للمرضى الخارجيين والمرضى الداخليين

المهام الرئيسية معالجة وحفظ السجلات الطبية للمرضى الخارجيين والمرضى الداخليين، هي: (25.48)

• جمع السجلات الطبية من العيادات الخارجية والعيادات المتخصصة ومرضى الخروج.

• التحقق من أوجه القصور في سجلات العيادات الخارجية والمرضى الداخليين.

• ترميز السجلات المكتملة في النظام.

• فرز وترتيب السجلات الطبية بشكل تسلسلي.

جمع وترتيب السجلات للحفظ

• يتم جمع السجلات الطبية للمرضى من صندوق التخلص من كل عيادات خارجية، والعيادات المتخصصة والخروج بواسطة مرشد المريض.

• يتم فحص السجلات الطبية التي تم جمعها بحثًا عن نقص في سجلات المرضى الخارجيين والمرضى الداخليين. يتم فحص السجلات الطبية للتأكد من عدم اكتمالها والتشخيص النهائي وتوقيع الطبيب.

• يتم فرز السجلات الطبية التي تم جمعها وفقًا للوحدات والتخصص للترميز.

• يتم تشفير كل سجل طبي وفقًا للتشخيص والعلاج المعطى.

• يتم الترميز في برامج الحاسوب المصممة لهذا الغرض.

• بعد الانتهاء من الترميز، يتم ترتيب جميع السجلات الطبية بالتسلسل بترتيب تصاعدي وفقًا لرقم السجلات الطبية (الشكل 6-8).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يتم وضع السجلات الطبية التي تم فرزها وترتيبها بترتيب تصاعدي في صناديق سجلات طبية مختلفة لحفظها.
- يتم تعيين كل مربع سجل طبي مع الأرقام التسلسلية في تسلسل مستمر من 1 إلى 10000 ومن 10001 إلى 20000 وهلم جرا.
- يتم تخصيص كل مربع سجل طبي لمساعد السجلات الطبية لحفظه في الرفوف ذات الصلة.



الشكل 8.6 - فرز وترتيب السجلات الطبية

خدمة المرضى الداخليين

يتم تصنيف خدمات السجلات الطبية للمرضى الداخليين إلى قسمين. هم خدمة الدخول والخروج وخدمة الحوادث والطوارئ.

مكتب الدخول

يعمل مكتب الدخول هذا على مدار الساعة طوال العام. يتم نشر الموظفين على فترتين (الصباح والليل) لأداء الوظائف التالية:

- يتم إرشاد المرضى من قبل مستشاري مكتب الدخول بعد إجراء المشورة بشأن الغرفة التي يفضلونها.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يقوم موظفو مكتب الدخول بجمع الأموال من أجل الجراحة ويتم إنشاء إيصال مسبق في النظام.
- يتم التوقيع على إيصال من قبل الموظفين وتسليمها إلى المريض.
- يتم إعداد سجل المرضى الداخليين مع اسم المريض والعمر والجنس وختم مطاطي لكتابة نوع الغرفة والمبلغ الذي يدفعه المريض.
- يتم الحصول على توقيع المريض أو مرافقه في نموذج الموافقة على العملية.
- يتم إرفاق مجلد ملون للاحتفاظ بجميع أشكال السجلات الطبية ذات الصلة للمريض. يشير هذا المجلد إلى التخصص الذي يتم فيه قبول المريض.
- يُنقل المريض إلى الجناح أو المسرح من قبل طاقم التمريض مع ورقة الحالة لإجراء عملية جراحية.

مساعد الترميز الداخلي

- بعد إجراء الجراحة في غرفة العمليات، يتم إرسال السجلات الطبية إلى مساعد ترميز المرضى الداخليين.
- يتم تفسير كل سجل طبي للجراحة التي يتم إجراؤها في غرفة العمليات، والتي تقوم تلقائيًا بتحديث رسوم الجراحة في النظام.
- إذا كان المريض مدعوًا بمراقبة أو تم إجراء أي إجراء إضافي أثناء الجراحة، فسيتم كتابة الكلفة وتحديثها أيضًا في النظام.

مكتب الخروج

- يتم استلام ورقة الحالة من الجناح من خلال طاقم التمريض إلى مكتب الخروج.
- يتم إنشاء الإيصال النهائي وفقًا لعدد أيام الإقامة وللعملية التي أجريت.
- يتم تسليم الإيصال النهائي مع ملخص الخروج للمريض.
- يتم شرح تاريخ متابعة زيارة المريض للمريض من قبل فريق مكتب الخروج.

قوائم المناوبة الشهرية (جداول المناوبة)

- من أجل الاستخدام الفعال للموظفين، يجب إعداد قائمة الواجبات الشهرية. كل شهر يجب أن يتم تدوير الموظفين من قسم إلى آخر، باستثناء الموظفين المدربين تدريبًا خاصًا والمشرفين.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يجب أن يتم التناوب على الإشراف والمدربين تدريباً خاصاً مرة واحدة كل ثلاثة إلى ستة أشهر. يجب أن يتضمن جدول العمل الشهري اسم الموظف، وتعيينه / مكائمه، ومكان العمل، والواجبات والمسؤوليات الرئيسية، والشخص الذي يجب عليه الإبلاغ عنه.

اجتماعات الإدارات

يجب أن يكون هناك اجتماع عام أسبوعي مع جميع موظفي الإدارة لمراجعة العمل اليومي الذي يقوم به قسم السجلات الطبية. يمكن مشاركة أي ابتكارات جديدة يتم تقديمها لتحسين الإدارة في القسم مع الموظفين. يمكن مناقشة المشاكل والقضايا المتعلقة بالموظفين والقسم بين الموظفين مع فني السجلات الطبية، وينبغي تطوير حل مناسب من أجل حسن سير العمل في القسم.

ملخص

يجب أن يكون موظفو قسم السجلات الطبية أكثر من فني ماهر. يجب أن يكون هو / هي قائدة ومبتكرة في بناء قسم منظم جيد التنظيم وفعال. الجهد المستمر ضروري لمواكبة التطورات في كل من الطب وتكنولوجيا تسجيل البيانات واسترجاعها. يعد التنظيم والإدارة الفعالين لقسم السجلات الطبية من العوامل الهامة في اعتماد مرافق الرعاية الصحية. يوجد مرفق صحي لصالح المريض، وقسم السجلات الطبية مسؤول عن دقة وحفظ وتوافر السجل الطبي في جميع الأوقات. يمكن أن تؤدي هذه المسؤوليات فقط عندما يتم تنظيمها بشكل صحيح وإدارتها بشكل جيد من قبل مساعد السجلات الطبية.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- عند تنظيم أي مرفق صحي، يجب أن نتذكر أن المسؤولية والهدف الأساسيين هو الرعاية المناسبة للمرضى والجرحى.
- من أجل الاستخدام الفعال، يجب إعداد قائمة مناوبة شهرية ويجب تدوير الموظفين من قسم أو وحدة إلى أخرى، باستثناء الموظفين المدربين تدريباً خاصاً والإشرافيين.
- يجب وضع مخطط تنظيمي يوضح الوظائف وخطوط السلطة بوضوح وينبغي كتابة الوصف الوظيفي لكل الموظفين بشكل واضح.
- ينبغي عقد اجتماعات أسبوعية عامة مع جميع موظفي الإدارات لمراجعة العمل اليومي الذي تقوم به إدارة السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• في مرحلة التدريب الأولية، ينبغي أن يتم تعيين الموظفين تحت مشرف سجلات طبية ذي خبرة، ويجب عليه بدوره أن يقوم بتقديم "التدريب على العمل" وتوجيه الموظف الجديد إلى مراعاة السياسات والإجراءات الصحيحة.

• الموظفين المسؤولين والمتعاونين هم الأكثر أهمية للإدارة الفعالة.

تمارين الطلاب

أجب عما يلي:

1. اشرح الغرض من المخطط التنظيمي واستخدام قائمة المناوبة الشهرية؟
2. صف الوظيفة المشتركة المنفذة في منطقة التسجيل للمرضى الجدد والمراجعين؟
3. اشرح الوظيفة الرئيسية التي يتم تنفيذها في مكتب الادخالات والخروج والإسعاف والطوارئ.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل السابع

متطلبات قسم السجلات الطبية من الموارد البشرية والوصف الوظيفي

المقدمة

يحتاج قسم السجلات الطبية الى عدد من الموارد البشرية ذات الكفاءات المتنوعة سواء منها الكفاءات العالية او المتوسطة او الدنيا، وب تخصصات متباينة حتى تستطيع تشغيل الشعب والوحدات داخل قسم السجلات الطبية، وخدمة أقسام التنويم الداخلية وقسم العيادات الخارجية في المستشفى، علاوة على تقديم المعلومات سواء للجهات القضائية او الأمنية وغيرها من المؤسسات التي تحتاج البيانات والمعلومات الطبية الخاصة بالمرضى.

متطلبات قسم السجلات الطبية من الموارد البشرية والوصف الوظيفي

يتطلب تشغيل قسم السجلات الطبية والقيام بكافة المهام والواجبات والنشاطات توظيف عدد كبير من الموارد البشرية المتخصصة لإنجاز هذه المهام والواجبات والنشاطات بكفاءة عالية وتقديم خدمات ذات جودة عالية بأقل جهد وأقل وقت، وفيما يلي عرضاً لمتطلبات قسم السجلات الطبية من الموارد البشرية. (18،17،11،4،1)

✘ رئيس قسم السجلات الطبية:

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة (الحد الأدنى):

١. شهادة البكالوريوس في السجلات الطبية أو بكالوريوس في ادارة الخدمات الصحية والمستشفيات او أحد فروع العلوم الإدارية أو الإنسانية مع دبلوم لمدة سنة في السجلات الطبية.

٢. خبرة لمدة أربع سنوات في السجلات الطبية في مستشفى.

المعارف والقدرات:

١. إجادة اللغة الإنجليزية.

٢. إجادة المصطلحات الطبية.

٣. القدرة على التنظيم والإشراف المستمر.

٤. القدرة على استخدام الأجهزة والمعدات المستخدمة بقسم السجلات الطبية.

٥. القدرة على الاتصال وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الارتباط الوظيفي:

يرتبط بالمدير المحدد بالهيكل التنظيمي.

الواجبات الرئيسية:

1. القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع الخدمات والنشاطات التي يقوم بها قسم السجلات الطبية من حفظ واستخراج الملفات الطبية وفهرسة وتصنيف الأمراض والعمليات وتحليل وترتيب النماذج والملفات وإدخال وإخراج المرضى وإعداد التقارير الطبية.
2. وضع برنامج التدريب والتعليم المستمر للعاملين في قسم السجلات الطبية.
3. التنسيق بين القسم والأقسام الأخرى في المستشفى وحل المشاكل.
4. الإشراف على تطبيق نظام السجلات الطبية المعتمد.
5. الإشراف على استكمال الإجراءات على الملفات الطبية مع الأطباء المعنيين وتقديم الاستشارة للجهاز الطبي في مختلف الأمور المتعلقة بالسجل الطبي.
6. تقييم إنجاز العاملين بالقسم ورفع التوصيات بذلك.
7. يعمل عضواً في لجنة السجلات الطبية.
8. تطوير النماذج الطبية المستعملة في المستشفى.
9. حضور المحاضرات والندوات الخاصة بعمل القسم.
10. إعداد التقارير الدورية اللازمة عن نشاطات القسم.
11. المشاركة بوضع برنامج إدارة الجودة بالمستشفى والإشراف على تطبيق ما يخص السجلات الطبية منه.
12. القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

✘ فني سجلات طبية:

1. اسم الوظيفة: فني سجلات طبية

2. القسم: السجلات الطبية

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف مشرف السجلات الطبية.
- يشرف على جميع العاملين بالسجلات الطبية.
- علاقات العمل:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- المرضى

- هيئة الأطباء

- التمريض

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

- إعداد الملف الطبي لمرضى العيادات الخارجية والمرضى المقيمين بالمستشفى على أن تشمل خطوات الترتيب والتحليل، واستكمال واستخراج البيانات والحفظ.

5. المهام والمسئوليات:

- المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- ترتيب محتويات ملف المريض المقيم بالمستشفى ووضع الرمز الملون طبقاً للنظام المطبق في المستشفى.
- فحص ملفات المرضى وكتابة مذكرة بالموضوعات المطلوب استكمالها ورفعها إلى مشرف السجلات الطبية.
- متابعة وتصحيح إحصائية منتصف الليل والتأكد من استلام ملفات جميع المرضى الذين خرجوا من المستشفى ومراجعة البيانات الإحصائية بدقة ومطابقتها على المعلومات التي يحصلون عليها من تذاكر المرضى.
- القيام بتكويد التشخيص المرضى طبقاً للنظام الدولي لتكويد الإجراءات الطبية وذلك في حالة عدم وجود فني الترميز.
- تجهيز مكان لكل من الملفات غير الكاملة وبطاقات ضبط حركة الملفات وحفظها واتخاذ الإجراءات السليمة بشأنها.
- معاونة هيئة الأطباء والتمريض والعاملين في الخدمات الطبية المساعدة على استكمال ملفاتهم عندما يطلب منه ذلك.
- إعداد تقرير أسبوعي عن النواقص المطلوب استكمالها بالملفات الطبية بواسطة هيئة الأطباء والتمريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

● القيام بالمراجعة النهائية للملفات الطبية قبل إعادتها إلى مكانها الرئيسي مع مراجعتها
مراجعة دقيقة بواسطة المسؤولين.

● القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

● بكالوريوس في السجلات الطبية والإحصاء.

● بكالوريوس في إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات.

7. الخبرة العملية:

● خبرة عملية لا تقل عن خمس (5) سنوات في مجال العمل.

● الحصول على دورات تدريبية مناسبة

● يفضل من سبق له العمل في المستشفيات أو المنشآت الصحية التي تتبع النظام الدولي
للتكويد.

8. المعارف والقدرات:

● معرفة بنظم السجلات الطبية وتطبيقاتها.

● الإلمام والخبرة بتكويد التشخيص المرضي طبقا للنظام الدولي لتكويد الأمراض (ICD-
10) أو ما قبله (ICD-9).

● القدرة على استعمال الحاسب الآلي.

● المعرفة التامة بأنظمة تشغيل الحاسوب (الحاسب الآلي).

● القدرة على الاتصال بالعملاء داخليا وخارجيا مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة
المقدمة.

✘ أخصائي جودة نوعية:

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة (الحد الأدنى):

١. شهادة البكالوريوس في إدارة الجودة أو إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات أو
السجلات الطبية.

٢. خبرة لمدة ثلاث سنوات في أعمال الجودة النوعية في مستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المعارف والقدرات:

١. إجادة اللغة الإنجليزية.
٢. إجادة المصطلحات الطبية.
٣. القدرة على تحليل المعلومات.
٤. المعرفة التامة ببرامج الجودة النوعية في المستشفى.
٥. القدرة على الاتصال وإقامة علاقات طبية مع الآخرين.

الارتباط الوظيفي:

يرتبط برئيس قسم السجلات الطبية.

الواجبات الرئيسية:

١. ترتيب محتويات السجل الطبي وفقاً للنظام المعمول به في القسم
٢. مراجعة وتحليل السجلات الطبية للمرضى الذين أخرجوا من المستشفى للتأكد من وجود كافة النماذج الطبية واستكمالها لكافة المعلومات والبيانات الطبية.
٣. مراجعة وتحليل المعلومات الطبية ومقارنة الإجراءات الطبية بالمعايير الموضوعية من قبل لجنة الجودة النوعية.
٤. العمل عضواً ومنسقاً في لجنة الجودة النوعية بالمستشفى.
٥. المشاركة في الاجتماعات والندوات الخاصة بالجودة النوعية.
٦. القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

✘ مساعد فني سجلات طبية:

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة (الحد الأدنى):

١. دبلوم السجلات الطبية والإحصاء.
٢. دبلوم إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات.
٢. خبرة لمدة سنة في السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المعارف والقدرات:

١. الإلمام باللغة الإنجليزية والعربية.

٢. الإلمام بالمصطلحات الطبية.

الارتباط الوظيفي:

يرتبط بفني السجلات الطبية المسؤول.

الواجبات الرئيسية:

١. حفظ وترتيب السجلات الطبية حسب الطريقة المعتمدة.

٢. استخراج وتحضير السجلات الطبية.

٣. تنظيم بطاقة مراقبة السجلات الطبية عند الاستخراج.

٤. تدقيق بطاقة مراقبة السجلات الطبية عند الحفظ.

٥. فرز السجلات الطبية غير النشطة والتصرف بها حسب النظام.

٦. تدقيق السجلات المحفوظة بهدف اكتشاف الأخطاء.

٧. ترقيم وتلوين السجلات الطبية الجديدة.

٨. تنظيم بطاقة فهرس المريض لكل سجل طبي.

٩. مساعدة فني السجلات الطبية في عمله.

١٠. القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

✘ مشرف مكتب تنويم المرضى:

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة (الحد الأدنى):

بكالوريوس إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات أو في أحد فروع العلوم الإدارية أو

الإنسانية مع خبرة في أعمال مكتب التنويم لمدة سنتين في مستشفى.

المعارف والقدرات:

١. الإلمام بالمصطلحات الطبية.

٢. المعرفة الجيدة بأعمال وواجبات مكتب التنويم في المستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

٣. الإلمام الجيد باللغة الإنجليزية.

٤. القدرة على الإشراف والمتابعة المستمرة.

٥. القدرة على الاتصال وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين.

الارتباط الوظيفي:

يرتبط برئيس قسم السجلات الطبية.

الواجبات الرئيسية:

١. الإشراف اليومي على أعمال مكتب التنويم في المستشفى.

٢. ضبط قانونية المعالجة وفق النظام والتعليمات المعمول بها.

٣. التنسيق بين المكتب وأقسام المرضى.

٤. تدريب العاملين في المكتب على كافة الإجراءات والأعمال المتعلقة بالعمل والتأكد من قيامهم بهذه الأعمال بكفاءة.

٥. تنفيذ سياسات المستشفى المتعلقة بتنويم المرضى وإخراجهم ووضع إجراءات عمل تمكن العاملين في المكتب من تنفيذ هذه السياسات.

٦. ضبط لوحة أسرة المستشفى (في حالة استعمالها) وتنظيم تنويم المرضى في ضوء الأنظمة والتعليمات التي تضعها الإدارة.

٧. تدقيق كافة الكشوفات والتقارير التي تصدر عن مكتب التنويم قبل رفعها إلى الجهات المعنية بالمستشفى.

٨. الإجابة على كافة الاستفسارات الإدارية المتعلقة بالمرضى.

٩. الاحتفاظ بالأشياء الثمينة للمريض في خزانة حديدية خاصة بذلك وتنظيم ملف الأمانات المعتمد وإعطاء المريض إشعاراً بالاستلام.

١٠. القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

✘ في الترميز (تكويد):

١. اسم الوظيفة: في الترميز (تكويد)

٢. القسم: السجلات الطبية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف: مشرف السجلات الطبية.
- يشرف على جميع العاملين بالسجلات الطبية.
- علاقات العمل المرضى وهيئة الأطباء والتمريض.

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

وضع العلامات المميزة للتشخيص والإجراءات الطبية الأخرى بملفات المرضى (بالعيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية) بالطريقة اليدوية والآلية وذلك باتباع أسلوب الترميز، واعداد التقارير الأخرى التي تتطلبها حاجة العمل.

5. المهام والمسئوليات:

- المحافظة على تطبيق اللوائح والقوانين والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة البيئية ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- مراجعة الوضع الحالي لملفات المرضى بالكامل وتحديد الرمز المناسب وفقا لنظام الترميز الدولي للأمراض والنظام الدولي لتكويد الإجراءات الطبية حتى تكون المستشفى مواكبة للأساليب العصرية في الإدارة.
- تحديد وترتيب الترميز المتتالي للتشخيص، على أن يتضمن أسباب الوفاة إذا حدثت، وطبقا لبيانات الخروج الرسمية من المستشفى.
- تسجيل جميع العمليات الجراحية والإجراءات التشخيصية المتعلقة بها مع استعمال الترميز المناسب لها.
- تحديد وتسجيل أية بيانات مطلوبة أخرى مثل الطبيب المعالج، استخدام وحدة العناية المركزة، عدد الاستشارات الطبية، وجهة التمويل.. الخ.
- ضرورة طلب استكمال كتابة التشخيص بالملف من الأطباء في حالة عدم تسجيله عند خروج المريض أو في حالة عدم استكمال أية بيانات ناقصة أخرى.
- العمل على تحديث إجراءات وإرشادات الترميز والتأكد من أن هذا التحديث قد أبلغ لجميع العاملين في عملية الترميز.
- الاشتراك في تدريب العاملين الجدد على إجراءات وتنفيذ الترميز.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

● مساعدة فني السجلات الطبية في ترتيب وتحليل واستيفاء واستخراج وحفظ الملفات الطبية عندما يطلب منه ذلك.

● القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

● دبلوم في الترميز الطبي أو دبلوم السجلات الطبية والإحصاء أو دبلوم إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات.

7. الخبرة العملية:

● خبرة عملية لا تقل عن خمس (5) سنوات في مجال العمل.

● خبرة في مجال الترميز سنتان (2) طبقاً لنظام التصنيف الدولي للأمراض.

● خبرة في العمل على برامج الحاسب الآلي المختلفة.

8. المعارف والقدرات:

● معرفة بنظم السجلات الطبية وتطبيقاتها.

● معرفة بأسلوب العمل والتدريب على تكويد التشخيص وفقاً لنظام التصنيف الدولي للأمراض في مركز معتمد للتدريب على نظام (ICD 10-).

✕ فني إحصاء طبي:

1. اسم الوظيفة: فني إحصاء طبي

2. القسم: السجلات الطبية

3. العلاقات التنظيمية:

● يخضع لإشراف مشرف السجلات الطبية.

● يشرف على: لا يوجد.

● علاقات العمل:

- المرضى

- هيئة الأطباء والتمريض

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

تجميع ومراجعة وتصحيح البيانات والإحصائيات الخاصة بالمستشفى والتأكد من ضبطها لتكون صالحة للاستخدام المالي وغيره من الاستخدامات.

5. المهام والمسئوليات:

- المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- الحصول على البيانات اللازمة لإتمام النماذج والتقارير الخاصة بالعمليات الإحصائية ثم القيام بتجميعها وعمل المعدلات والنسب وأية تفصيلات أخرى ووضع هذه البيانات في نماذج جدولية حسب الطلب.
- إعداد التقارير الدورية من واقع البيانات الأصلية وعمل ملخصات وتحليلات وعرضها على إدارة المستشفى وذلك للمساعدة في تفسير البيانات الإحصائية التي تم تجميعها.
- مراجعة البيانات الإحصائية المتعلقة بجميع الإدارات والأقسام وإعداد التقارير الإحصائية التي تم تجميعها.
- الإشراف على العاملين بالسجلات الطبية الذين لهم علاقة بالمهام الإحصائية وتوجيههم.
- تصحيح معايير التسجيل الإحصائي طبقاً لما تقرره لجنة السجلات الطبية.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- بكالوريوس إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات أو الإحصاء.
- دبلوم السجلات الطبية والإحصاء.

7. الخبرة العملية:

- خبرة عملية لا تقل عن خمس (5) سنوات في مجال العمل.
- يفضل من له خبرة في مجالات عمل السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

8. المعارف والقدرات:

- معرفة بالعمل الإحصائي وتطبيقاته.
- القدرة على استعمال الحاسب الآلي.
- القدرة على الاتصال بالعملاء داخليا وخارجيا مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة المقدمة.

✘ كاتب سجلات طبية:

1. اسم الوظيفة: كاتب سجلات طبية.

2. القسم: السجلات الطبية.

3. العلاقات التنظيمية:

● يخضع لإشراف مشرف السجلات الطبية.

● يشرف على: لا يوجد.

● علاقات العمل:

- المرضى

- هيئة الأطباء

- التمريض

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

إنشاء وتسجيل واستخراج وتوزيع وحفظ الملفات الطبية وغيرها من المستندات والمكاتبات.

5. المهام والمسئوليات:

- المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- مراجعة ملفات المرضى واستكمالها وترتيب المستندات بداخلها وذلك قبل حفظها.
- مراجعة الملفات الواردة على الطلبات للتأكد من استلامه جميع ملفات المرضى.
- إرسال الملفات غير الكاملة إلى المكان الذي تحفظ فيه هذه الملفات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- توزيع الملفات إلى الأقسام الأخرى بالمستشفى والعمل على استرجاعها.
 - حفظ التقارير المنفصلة التي يعدها الأطباء في الملف الطبي.
 - إعداد وتحديث بطاقات الفهرس الأبجدي الرئيسي للمرضى.
 - العمل كموظف استقبال والرد على المكالمات التليفونية والقيام باستكمال طلبات الملفات عندما يطلب.
 - التأكد من استعمال البطاقة الإرشادية التي تحدد مكان الملف الطبي.
 - مساعدة الأطباء في الحصول على الملفات الطبية غير الكاملة.
 - القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.
6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- دبلوم السجلات الطبية والإحصاء.
 - دبلوم إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات.
7. الخبرة العملية: حديث التخرج
8. المعارف والقدرات:
- معرفة بنظم السجلات الطبية وتطبيقاتها.
 - القدرة على الكتابة على الآلة الكاتبة عربي وإنجليزي.
 - القدرة على استعمال الحاسب الآلي.
 - القدرة على الاتصال بالعملاء داخليا وخارجيا مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة المقدمة.

✕ كاتب تسجيل:

1. اسم الوظيفة: كاتب تسجيل.

2. القسم: السجلات الطبية.

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف مشرف السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

● يشرف على: لا يوجد.

● علاقات العمل: المرضى وموظفي المستشفى.

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

تسجيل بيانات المرضى في سجل العيادة الخارجية وإرشادهم إلى العيادات التي سيتم فحصهم فيها.

5. المهام والمسئوليات:

● المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.

● المساعدة في تدفق وانسياب السجلات الطبية للمرضى.

● اعداد واستكمال النماذج الخاصة بالعيادة الخارجية وأوراق فحص وعلاج المريض.

● إرشاد المريض إلى حجرة الكشف الخاصة به.

● العمل على إدخال الحالات الخطيرة لضمان إنقاذ المريض أولاً ثم استكمال البيانات عندما تسمح حالة المريض بذلك أو الحصول عليها من أقاربه أو مرافقيه.

● ارشاد المريض بناء على التعليمات الصادرة بخصوصه إلى العيادة الخارجية أو القسم الداخلي بالمستشفى أو مكان تحويله خارج المستشفى.

● الاتصال بوحدة الحفظ المركزي للملفات لإحضار ملف المريض إذا كان المريض لديه ملف سابق بالمستشفى.

● القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

شهادة الثانوية العامة أو ما يعادلها مع دورة في السجلات الطبية.

7. الخبرة العملية:

خبرة عملية لا تقل عن خمس (5) سنوات في مجال العمل.

8. المعارف والقدرات:

معرفة بالمصطلحات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

✕ كاتب استقبال:

1. اسم الوظيفة: كاتب استقبال.

2. القسم: السجلات الطبية.

3. العلاقات التنظيمية:

● يخضع لإشراف مشرف السجلات الطبية.

● يشرف على: لا يوجد.

● علاقات العمل: المرضى والعاملين بالمستشفى.

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

استقبال المرضى وعمل الإجراءات الأولية لهم وارشادهم إلى العيادة أو مكان الخدمة المطلوبة.

5. المهام والمسئوليات:

● المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.

● استقبال المريض والحصول منه على الاسم والبحث عن الملف الطبي الخاص به وارشاده إلى العيادة المطلوبة.

● حفظ القائمة الخاصة بمواعيد المرضى.

● حفظ الوثائق المتعلقة بالمريض داخل ملفه الطبي.

● تقسيم المرضى طبقاً لمراجعة المريض بالعيادة الخارجية أو الأقسام الداخلية.

● تقسيم المرضى طبقاً لمقدرتهم المادية لدفع قيمة الخدمة التي ستقدم لهم.

● توجيه المرضى غير القادرين على دفع رسوم العلاج أو الفحص إلى قسم الخدمة الاجتماعية.

● توجيه المرضى بعد إعطائهم الخطاب المعتمد للإدارة المالية.

● إعداد واستكمال نموذج وملف العيادة الخارجية للمريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- الرد على المكالمات التليفونية التي تستفسر عن معلومات معينة أو تتطلب تحديد مواعيد والقيام بتسجيل المواعيد والرسائل.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- ثانوية عامة مع دورة في السجلات الطبية.

7. الخبرة العملية:

- حديث التخرج.

8. المعارف والقدرات:

- معرفة بالمصطلحات الطبية.
- كتابة اللغة العربية بخط واضح.

✕ كاتب دخول وخروج المرضى:

1. اسم الوظيفة: كاتب دخول وخروج المرضى.

2. القسم: السجلات الطبية.

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف مشرف السجلات الطبية.

- يشرف على: لا يوجد.

- علاقات العمل:

- المرضى

- العاملين بالمستشفى

- التمريض

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

استقبال مرضى الدخول وتسجيل البيانات المطلوبة وإحاقهم بالقسم الداخلي للمستشفى وفقا للوائح والأنظمة المعمول بها، والقيام بأداء مختلف المهام الكتابية المتعلقة بإدارات وأقسام المستشفى التي لها علاقة بعمله.

5. المهام والمسئوليات:

- المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- استقبال مرضى الدخول للحصول على بياناتهم الشخصية والقيام باستكمال نماذج الدخول والإقرارات اللازمة.
- تسجيل بيانات الدخول الصحيحة بالسجل الخاص بدخول المرضى.
- إرسال الملفات غير الكاملة إلى المكان الذي تحفظ فيه هذه الملفات.
- استخراج ملف المريض وإرساله بواسطة الساعي إلى العيادة التي سيتم فحصه فيها.
- تسجيل تاريخ الخروج والتشخيص النهائي في السجل الخاص بالدخول والخروج.
- حفظ كشف البيانات الخاص بالتحكم في أسرة الأقسام الداخلية بالمستشفى.
- إعداد التقارير الإحصائية اليومية الخاصة بدخول المرضى وخروجهم وتحويلهم من المستشفى بكل دقة.
- القيام بالأعمال الروتينية المتعلقة بالنسخ على الآلة الكاتبة وحفظ الملفات والأعمال الأخرى المسندة إليه.
- العمل في أية نوبة من النوبات أثناء أوقات الطوارئ أو مكان زميل مريض أو متغيب في اجازة أو لأي سبب اضطراري آخر.
- القيام بمهام عملية تسجيل المرضى.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- دبلوم في السجلات الطبية او شهادة الثانوية العامة مع دورة في السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

7. الخبرة العملية:

خبرة عملية لا تقل عن خمس (5) سنوات في مجال العمل.

8. المعارف والقدرات:

- دراية بالمصطلحات الطبية.
- الإلمام بإجراءات دخول وخروج المريض من المستشفى.
- القدرة على استعمال الحاسب الآلي.
- القدرة على الاتصال بالعملاء داخليا وخارجيا مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة المقدمة.

✘ ساعي سجلات طبية:

1. اسم الوظيفة: ساعي سجلات طبية.

2. القسم: السجلات الطبية.

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف كاتب السجلات الطبية.
- يشرف على: لا يوجد.
- علاقات العمل: المرضى وهيئة الأطباء والتمريض.

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

توزيع واسترجاع الملفات الطبية والتقارير الطبية مثل نتائج التحاليل والأشعة وغيرها بين قسم السجلات الطبية وأقسام المستشفى الأخرى طبقا للوائح والإجراءات المعمول بها.

5. المهام والمسئوليات:

- المحافظة على تطبيق اللوائح والإجراءات والأهداف وبرامج مراقبة الجودة ومستويات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- توزيع واسترجاع الملفات الطبية بأقصى سرعة ممكنة بناء على طلب العيادات الخارجية أو كاتب السجلات الطبية ملء بيانات طلب ملف طبي على النموذج الخاص بإرسال الملف إلى قسم معين وحفظها في المكان المخصص له.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- فحص الأوراق السائبة (المنفصلة) ورافقها في الملف الخاص بها وذلك قبل توزيع الملف.
 - استرجاع جميع الملفات الطبية في وقت محدد خلال اليوم.
 - مساعدة كاتب السجلات الطبية في إعادة حفظ المستندات والأوراق السائبة بالملف الطبي عندما يطلب منه ذلك.
 - القيام بما يكلف به من أعمال أخرى متماثلة.
6. الحد الأدنى من المؤهلات:
- الثانوية العامة.
7. الخبرة العملية:
- حديث التخرج.
8. المعارف والقدرات:
- معرفة بنظم الحفظ.
 - القدرة على الاتصال بالعملاء داخليا وخارجيا مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة المقدمة.
- ويبين الشكل (7-1) متطلبات قسم السجلات الطبية من القوى البشرية حسب السعة السريرية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

متطلبات قسم السجلات الطبية من القوى العاملة حسب

السعة السريرية

الوظيفة	١٠٠ سرير	٢٠٠ سرير	٣٠٠ سرير	٤٠٠ سرير	٥٠٠ سرير فأكثر
رئيس قسم السجلات الطبية	١	١	١	١	١
أخصائي جودة نوعيه	١	١	١	١	١
فني سجلات طبية	٣	٤	٥	٧	٨
مساعد فني سجلات طبية	٧	١١	١٣	١٨	٢٠
سكرتير طبي	٢	٢	٣	٤	٥
مستظفم	٢	٢	٣	٣	٣
المجموع	١٦	٢١	٢٦	٣٤	٣٨

الشكل 1.7 - متطلبات قسم السجلات الطبية من القوى البشرية حسب السعة السريرية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل الثامن

تصميم وتجهيز قسم السجلات الطبية

ومتطلباته من الأجهزة والمعدات حسب السعة السريرية

تصميم قسم السجلات الطبية:

يجب أن تتوافر لقسم السجلات الطبية المساحة الكافية والمعدات والتجهيزات اللازمة للمحافظة على السجلات الطبية وحتى يمكن الوصول إليها بسهولة متى كانت هناك الحاجة لذلك. فالمساحة المناسبة والتجهيزات والإضاءة والتحكم في درجة الحرارة والمعدات والبيئة النظيفة الآمنة تسهم في النتائج الكلى وكفاءة فريق العمل.

التجهيزات اللازمة لحفظ السجلات:

كثيرا ما تستخدم الأرفف المفتوحة لحفظ الملفات، وذلك لأنها اقل في تكلفتها عن غالبية التجهيزات الأخرى التي تستخدم لحفظ الملفات، كما أنها سهلة الاستخدام عند وضع الملفات بها أو أخذها منها. كما يمكن أن تضم عددا من السجلات يفوق ما يمكن أن تتضمنه أية تجهيزات أخرى؛ وتشغل مساحة أقل. ويوصى هنا بترك مسافة قدرها 36 بوصة بين كل وحدة وأخرى (أو 30 بوصة على الأقل). (19.21)

لتحديد عدد الوحدات التي تحتاج إليها عملية الحفظ تلك، فإنه يتحتم على القسم أن يحدد أولا عدد البوصات الطولية المتاحة بالوحدات وعدد البوصات المطلوبة لكل سجل، ثم نجمع عدد البوصات المطلوبة للسنوات الثلاث والخمس والسبعة والعشرة التالية، وذلك بقسمة هذا الرقم على مجموع البوصات الطولية المتاحة بوحدتي التخزين، وسوف يتم تحديد عدد البوصات الطولية المطلوبة للقسم.

مثال:

يستخدم أحد الأقسام في الوقت الحاضر 1435 بوصة طولية. وبغرض التوسيع فإن كل رف من الخمسة أرفف الجديدة طوله 33 بوصة. وبخمس أرفف لكل وحدة يكون مجموع البوصات المتاحة بكل وحدة 165 بوصة (33 بوصة \times 5 = 165) ولخمس سنوات من التوسيع يكون المطلوب 300 بوصة إضافية.

لتحديد العدد الكلى للبوصات المطلوبة للتوسيع، نقسم العدد المطلوب على عدد البوصات الطولية المتاحة لكل وحدة $165 \div 1735 = 105$ وحدة أرفف.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

قد تصل عملية التخزين إلى 8 بوصات، ولكن يجب أن يكون هناك حرص عند تكوين مثل هذا الارتفاع. قد تستخدم المقاعد على أن يتخذ عنصر الأمان في مثل تلك الحالة. فعند عملية الحفظ؛ يجب وضع الوحدات الزوجية خلف بعضها البعض كعمود طويل فهذا هو أكثر الأساليب توفيراً للمساحة.

وضع دلائل للسجلات:

يجب استخدام دلائل إرشادية بين الملفات لتسهيل الوصول إليها واسترجاعها. وعادة ما يتم تحديد عدد تلك الدلائل حسب سمك الملف. فللملفات رقيقة السمك إلى متوسطة السمك يكفي استخدام دليلاً لكل 50 سجل. أما الملفات الأكثر سمكا فتحتاج إلى المزيد من الدلائل. وكلما كانت الملفات نشطة كلما احتاجت إلى المزيد من الدلائل، ويجب أن يتم توزيع تلك الدلائل على السجلات لضمان عرضها ورؤيتها بسهولة. وعند الحفظ عادة ما يظهر زوجين من الأرقام. ولتحديد العدد الكلي للدلائل:⁽⁴⁾

العدد الكلي للدلائل = العدد الكلي للسجلات ÷ عدد السجلات بين الدلائل

مستلزمات قسم السجلات الطبية:

أولاً: تجهيز القسم:

1. ارفف حفظ ملفات
2. ميكروفيلم
3. خزانة حفظ بطاقة الفهرس الأبجدي
4. كارديكس
5. أوراق عادية
6. أوراق تصوير
7. كراسي
8. مكاتب
9. آلة كاتبة
10. آلة حاسبة
11. دياسة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

12 . دبابيس

13 . أقلام

14 . براية

15 . خرامة

16 . دوسيه سجلات

17 . ماسك ملفات

18 . خدمة تليفونية

19 . كومبيوتر

20 . طابعة حاسوب

21 . آلة تصوير

22 . أحبار مختلفة

ثانيا: تجهيزات للسلامة والأمان:

1. طفاية حريق

2. جرادل رمل

3. سلم نقال

4. جهاز إنذار

5. زحافة مياه

ثالثا: تجهيزات القسم الداخلي:

1. خزانة خاصة لحفظ الملفات

2. ترولى سجلات طبية

3. ملف علاقي

4. حاسوب

5. طابعة حاسوب

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الأمان:

يعد الأمان وسلامة الموظفين من العوامل التي يجب توافرها في قسم السجلات الطبية، ولذلك يجب أن يتم وضع القوانين والقواعد الأساسية الخاصة بالأمان على اللوحات بطريقة تسمح للجميع برؤيتها وقراءتها. ومن أكثر الحوادث شيوعاً السقوط، لذا يجب الإشارة بصفة مستمرة إلى كيفية تجنب السقوط. فيجب على الموظفين استخدام مقاعد لا تسمح بالترهل أو استخدام سلالم عند تعاملهم مع الملفات التي يتم وضعها على الأرفف المرتفعة. بالإضافة إلى ذلك يجب أن يتم توزيع مكاتب العمل بنظام في منطقة الملفات، كما يجب أن تكون الإضاءة كافية لتجنب إجهاد العينين أو فقد الملفات أو أية خسائر أخرى.⁽⁴⁾

كما يعتبر التحكم في درجة الحرارة المناسبة وفي التهوية وإزالة الأتربة والقاذورات من الأشياء الهامة جداً لتجنب الحريق وضمان زيادة عمل الموظفين، ويجب وضع طفايات الحريق وتوزيعها بانتظام على أن يمكن لجميع العاملين رؤيتها واستخدامها بيسر وسهولة وتعتبر طفايات الحريق والمياه وما شابه ذلك من أهم مقاييس الأمان لتجنب الكوارث الداخلية ويجب ألا يتم ترك السجلات أو التقارير أو أية وثائق أخرى على الأرض حتى لا تكون عرضة للأتربة والقاذورات أو أن تتلفها المياه أو مساحيق النظافة عند تنظيف الأرضية. ولا بد من تدريب الموظفين جيداً على كيفية التصدي لكوارث الحريق والإجراءات التي يجب إتباعها عند وقوع أية كارثة.⁽⁷⁾

ويبين الشكل (1-8) متطلبات قسم السجلات الطبية من من الأجهزة والمعدات حسب السعة السريرية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

متطلبات قسم السجلات الطبية من الأجهزة والوحدات حسب السعة

السريرية

ملاحظات	عدد الأسرة					اسم الجهاز	رقم
	٥٠٠ تأكثر	٤٠٠	٣٠٠	٢٠٠	١٠٠ فأقل		
	٢٠٨	١٦٧	١٢٥	٨٣	٤٢	دولاب سبعة أتراج (استيل) سبعة أتراج بكل درج ستة أرفف المقاس : ٢٠٠سم العمق : ٣١ سم العرض : ١٠٠ سم ثلاثة أقسام (وحدات) بكل رف	١
	١٠٠	٨٠	٦٠	٤٠	٢٠	دولاب خمسة أتراج (استيل) لحفظ الأشعة كل درج مقسم إلى أربعة رفوف أو وحدات المقاس : الطول ٢٠٠سم العرض ١٠٠سم العمق ٤٥ سم خمسة أرقام (وحدات) بكل رف	٢

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

						دولاب استئيل يدعى (بجن هول رات) يحتوي على ١٠٠ رف لحفظ تقارير فحص الأشعة والمختبر وغيرها . المقاس: الطول ١٥٠سم العرض ١٨٠سم العمق ١٨ سم	٣
						دولاب (استئيل) حجم صغير لتسخ السجلات خمسة أراج بكل درج أربعة أرفف . المقاس :طول ١٤٠ سم عرض: ١٠٠سم عمق ٣٣سم	٤
						دولاب لحفظ الأنوات المكتبية ووثائق القسم المقاس: طول : ١٩٥سم عرض ٩٠سم عمق ٥٠سم	٥

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

	٢	٢	١	١	١	دولاب لحفظ الكتب (المقاس: الطول ٩٠سم العرض ٩٠سم والعمق ٤٠سم	٦
	٢	٢	١	١	١	دولاب لحفظ الملفات بأربعة أراج للتقارير والأوراق ذات الصلة	٧
	٧٥	٦٠	٤٥	٣٠	١٥	دولاب لحفظ كروت الفهرسة مقاس ٥٣ انث للكرت مقاس (١٢,٥سم ٧,٥سم) المقاس: طول ١٣سم عرض ٣٧سم ، عمق ٤٠سم (دولاب مزدوج).	٨
	٨	٨	٧	٧	٦	دولاب لحفظ كروت الفهرسة مقاس ٥٣٨ (٢٠,٥سم ١٢,٥سم) المقاس: طول ١٨٥سم عرض ٤٧سم عمق ٤١ سم	٩

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

						سلم متحرك المقاس : طول ١٠٠سم عرض ٦٠سم عمق ٨٥سم	١٠
						كيبك استنيل بعجلات	١١
						عربة لنقل السجلات الطبية بسنتين لنقل السجلات الطبية من غرفة الملفات إلى العيادات الخارجية وبالعكس. المقاس : طول ٩٥سم، عرض ٤٣ سم، عمق ٧٦سم، طول ٦٢سم، عرض ٣٥سم ، ارتفاع ٣٠سم	١٢
						طاولة عمل للسجلات الطبية والتقارير المقاس: طول ٢٠٠سم عرض ١٢سم الارتفاع ٧٠سم	١٣

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

						سرير صغير يدعى بداستانس بورد إظهار أو عرض مكان المريض يتسع للكروت بعرض ٨ سم وعمق ٥ سم ويحتوي على قسمين وكل قسم يحتوي على ١٥ فتحة	١٤
						لوح مغناطيسي بقوائم (لعرض الملاحظات والتعليمات) المقاس : طول ١٥٠سم الارتفاع ٧٥ سم مقاس اللوح : طول ٧٥ سم العرض ١٠٠ سم	١٥
						موزع : لتحضير اللاصق للسجلات الطبية وأفلام الأشعة. حجم اللاصق: لاصق مع ١٠٠٠ شريط مقاس ٣ ٥ سم لتثبيت لفات اللاصق الملونة المختلفة.	١٦

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

						ماكينة ترقيم إنجليزي محيرة بسنة أرقام بحجم ٥ جم.	١٧
						آلة كاتبة باللغة الإنجليزية مدى ٤٦ سم ذات نوعية جيدة.	١٨
						آلة كاتبة كهربائية باللغة العربية مدى ٤٦ سم ذات نوعية جيدة	١٩
						ماكينة تصوير للتصغير والتكبير	٢٠
						آلة ستنسل بسعة ١٥٠ ورقة/بقيقة بحمل قدره (٥٠٠) ورقة	٢١
						آلة لطباعة الوقت والتاريخ	٢٢
						دولاب لحفظ الكروت بسنة أرفف للكروت مقاس ٨٤٥ انش	٢٣
						يحدد طبقاً لحجم العيادات والأجنحة وغيرها	٢٤
						أختام للسجلات الطبية:	٢٥
						للوفاة مقاس ١٠٤٢ اسم	

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

	٣	٣	٢	٢	١	الميكرو فيلم ١٠٥٢	
	٣	٣	٢	٢	١	للاشعة مقياس ١٠٥٢ اسم	
	٣	٣	٢	٢	٢	لإلغاء مقياس ١٠٥٢ اسم	
	٢	٢	٢	١	١	الطب الشرعي ١٠٥٢ اسم	
	٤	٤	٣	٢	٢	الغير نشط مقياس ١٠٥٢ اسم	
	٣	٣	٢	٢	١	السجل المزدوج مقياس ١٠٥٢ اسم	
	٣	٣	٢	٢	١	جهاز ميكرو فيلم ويشتمل على المعالجة والمظهر وازدواجية الصور وغيرها.	٢٦
	١٠	٨	٦	٤	٢	كمبيوتر شخصي مع طابعة وشاشة أو وحدة معالجة مركزية بطرفيات	٢٧
	٣	٣	٢	٢	٢	ماكينة عناوين لطبع كروت المرضى البلاستيكية	٢٨
	١	١	١	١	-	جهاز فاكس للاتصالات السريعة للتقارير الطبية.	٢٩
	٢	٢	٢	١	١	ماكينة تقطيع ورق حجم كبير	٣٠
	٣	٣	٢	٢	١	دياسة حجم كبير	٣١

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

٦٨	٥٥	٤٣	٣٦	٢٧	دباسة متوسطة وصغيرة	٣٢
٦٠	٥٠	٤٠	٣٠	٢٠	طاوولات	٣٣
٧٢	٦٢	٥٢	٤٠	٢٦	كراسي دوارة	٣٤
٥	٥	٤	٣	٣	ساعة حائطية	٣٥
يحدد العدد حسب الاحتياج					أجهزة اتصالات (تلفونات داخلية وخارجية وتلفون داخلي بين الأقسام الخ)	٣٦
٥	٤	٣	٢	٢	أجهزة نسخ (سكّانفون)	٣٧

الشكل 1.8- متطلبات قسم السجلات الطبية من الأجهزة والمعدات حسب السعة السريرية

الفصل التاسع

تصميم نماذج السجلات الطبية والمجلدات

Designing Medical Records Forms and Folders

المقدمة

تتحمل جميع المستشفيات مسؤولية تطوير نماذج السجلات الطبية وفقاً لمتطلباتها. ستصبح التصميمات المدروسة للنماذج جزءاً من السجل الطبي، مما سيوفر وثيقة أكثر قابلية للقراءة وفائدة وأقل حجماً. يمكن أن تحقق النماذج عدة أغراض: يمكنها تقليل وقت الكتابة وتوحيد نتائج المعلومات من استخدامها. النماذج المصممة بشكل جيد هي أيضاً ملؤها سهل.

الخطوة الأولى والأكثر أهمية في تصميم النموذج هي تحديد الغرض من النموذج. هل النموذج حقاً ضروري؟ ما هي الفوائد التي سيتم الحصول عليها من إدخال النموذج في السجل؟ ستحدد أغراض النموذج بدورها المعلومات التي سيتم تضمينها فيه. يجب عدم تضمين المعلومات غير الضرورية.

مبادئ تصميم النماذج

عند تطوير نموذج جديد، من المستحسن أن يكون هناك عدد صغير فقط من النماذج المعدة للاستخدام التجريبي، لأن التجربة تشير في كثير من الأحيان إلى الحاجة إلى المراجعات. نظراً لأن التكلفة هي أيضاً عامل في المراجعة المستمرة وطباعة كميات صغيرة من النماذج، فقد تكون عملية التصوير هي الطريقة المفضلة. يجب أن تبقى النماذج بسيطة ويجب أن يكون العدد قليلاً لتوفير المرونة وتقليل السجل الضخم. يجب إزالة جميع النماذج المتوقفة من غرفة التخزين أو منطقة الإمداد واتلافها.

قبل تطوير نموذج جديد أو مراجعة نموذج موجود، يمكن استخدام الخطوات التالية لتجميع الحقائق الضرورية، ولتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء تحسينات إن وجدت. (4.28.47)

مبادئ تصميم النماذج القياسية

- يجب استخدام حجم موحد من الورق. على الرغم من أن الورق القياسي بحجم (8 بوصة - بنسبة 11 بوصة) هو الأكثر استخداماً، إلا أنه يمكن استخدام ورق بحجم 8 إنش - 5 بوصة في تقليل النفقات.
- يجب الحفاظ على رابط موحد، سواء في الأعلى أو الجانب.
- يجب الحفاظ على هامش موحد يستند إلى حافة الربط.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• بالنسبة للربط العلوي، يجب وضع المعلومات على النماذج التي ستتم طباعتها على كلا الجانبين بشكل صحيح، ليتم التجميع المناسب في المخطط. ولربط الجانب يجب أن يوضع الجانبين وجها لوجه.

• يجب تعيين مسافات الخطوط على أساس ما إذا كان سيتم كتابة النماذج أو كتابتها بخط اليد أو كليهما.

• يجب استخدام ورق جيد النوعية. إذا كان يجب طباعة كلا الجانبين، يجب أن يكون الورق ثقيلًا بما يكفي لمنع الحبر من الظهور.

• يجب اختيار النماذج الملونة بعناية لأن المشاكل يمكن أن تحدث في النسخ الملونة أو التصوير الدقيق للورق الملون. ستثبت الورقة البيضاء ذات الحدود المرمزة بالألوان لأنها أكثر فعالية في التعرف السريع على الأشكال المختلفة في سجل النسخة المطبوعة.

• إذا أمكن ذلك، فإن استخدام ختم مطاطي على نموذج موجود يمكن أن يلغي الحاجة إلى شكل خاص لا يستخدم بانتظام.

يمكن للطباعة عادة تقديم المشورة بشأن الجوانب المادية للنماذج المطبوعة - نوع وحجم الأنواع والهوامش ولون الورق ووزنه والحبر وحجم النموذج. تذكر أن النماذج ذات الحجم القياسي تكون دائمًا أقل تكلفة، وتسهل عملية الحفظ، وتمنع فقدان، وهو ما يحدث غالبًا في أحجام الورق غير المنتظمة. ضع في اعتبارك أيضًا أن ألوان الورق والحبر المختلفة ستؤثر على النسخ والميكروفيلم بطرق مختلفة.

طرق تكرار النماذج

يحتاج العديد من الأشخاص أو الأقسام إلى بيانات مماثلة عن المرضى. في مثل هذه الحالات، من الجيد مراعاة إمكانية وجود نموذج متعدد الأجزاء أو طريقة لإنتاج نسخ متعددة. يجب استخدام النماذج متعددة الأجزاء كلما أمكن ذلك من أجل:

1. توفير الوقت والعمل.

2. تجنب الأخطاء

3. تعزيز الاتصالات السريعة داخل المستشفى من البيانات الأساسية.

4. تلبية الحاجة للحصول على نسخ إضافية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الطرق المختلفة لإنتاج النسخ أو التكرارات:

تقتصر فعالية النسخ الكربونية المقروءة على نسختين أو ثلاث نسخ. قد تكون نسخ الكربون من ثلاثة أنواع:

• ورق الكربون لإدراجها بين النماذج. إدراج وإزالة ورقة الكربون يجعل هذه الطريقة تستغرق وقتًا طويلاً. بالإضافة إلى ذلك، يجب توخي الحذر لضمان أن المعلومات الموجودة على جميع النسخ مصطفة بالضبط أو ستظهر المدخلات أعلى أو أسفل المساحة المشار إليها.

• استخراج النماذج المتشابكة مع إدخال الكربون لمرة واحدة مسبقًا بواسطة الطابعة. تُستخدم النماذج الإضافية على نطاق واسع لتقارير العمليات وملخصات الخروج والتقارير التي تملها عند الحاجة إلى نسخ.

• النماذج ذات الدعم المكربن تكون فعالة بشكل خاص في تفحيم أجزاء معينة من النماذج. ومع ذلك، يتم تفكيك الجزء الأسود المكربن ويصعب التعامل معه. قد يكون هذا عيب للنظر.

• الإستانسيل أو النسخ الرئيسية - تستخدم هذه الطريقة لإنتاج نسخ أكثر مما هو ممكن مع الطرق المذكورة أعلاه. يجب توخي الحذر لتجنب الطرق التي تؤدي إلى نسخ تتلاشى أو تكون فيها وضوح القراءة ضعيفة.

• معدات النسخ - تستخدم هذه الطريقة لإنتاج نسخ دقيقة. إن التخلص من الحاجة إلى الاستانسل يوفر الوقت والجهد.

سجلات المرضى الخارجيين (مرضى العيادات الخارجية)

قد تحتفظ المستشفيات التي لديها قسم منظم للعيادات الخارجية، بما يصل إلى عشرين عيادة تخصصية أو أكثر للمرضى الخارجيين. يجب أن تكون السجلات التي يتم تجميعها في هذا الإعداد متوافقة في الحجم والتنسيق مع السجلات المستخدمة للمرضى الخارجيين والمرضى الداخليين في المنشأة. يجب أن يكون لكل مريض مسجل كمريض خارجي تاريخ أولي وفحص بدني، ويجب تحديثهما على فترات منتظمة. يجب ملاحظة كل زيارة للعيادة، بما في ذلك التاريخ والكشف السريري والعلاج وأسماء أولئك الذين يفحصون المريض أو يرعونه.

يتم تجميع سجلات المرضى الخارجيين في قسم العيادات الخارجية ويجب أن تتفق في الحجم والشكل مع السجلات المستخدمة للمرضى في المستشفى. في زيارات العيادة اللاحقة، يجب الإشارة إلى النتائج والعلاج على أوراق الملاحظات المستمرة. إذا تم إدخال المريض إلى المستشفى،

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

فيجب تسجيل سجل المرضى الخارجيين في سجل المرضى الداخليين كوحدة، مما يعكس الرعاية الطبية المستمرة. يجب التحقق من هذه السجلات بنفس القدر من السجلات الخاصة بالمرضى في المستشفى للتأكد من دقتها في التواريخ والوقت والإملاء وأرقام المستشفيات.

بطاقة المعلومات

الغرض الأساسي من بطاقة المعلومات هو جمع معلومات التعريف الأساسية للمريض. يتم الحصول على بيانات تحديد الهوية عادة في وقت تسجيل المريض. لذلك يجب أن يشمل الملف الطبي للمريض على بيانات تعريف كاملة وصحيحة تشمل: رقم المستشفى واسم المريض ونوع الجنس وتاريخ الميلاد (العمر) والعنوان ورقم الهاتف ورقم الهاتف الخليوي وعنوان البريد الإلكتروني واسم أحد الأقرباء. (الشكل 1.9)

REGISTRATION INFORMATION CARD		
Name :	Age :	Male / Female
اسم :	العمر :	ذكر / أنثى
F/o.S/o.D/o.W/o.H/o.:		
أ/أب. م/أب. س/أب.:		
Door No. & Street :		
رقم الباب / الشارع :		
Village / Town :		
قرية / بلدة :		
District :	Pincode :	
المنطقة :	الرمز البريدي :	
Phone with Area code / رقم الهاتف مع رمز المنطقة :		
Cellphone No. / رقم الهاتف الخليوي :		
E-Mail / بريد إلكتروني :		

الشكل 1.9 - بطاقة المعلومات

سجل العيادات الخارجية الرئيسي

يتكون سجل المرضى الخارجيين من البطاقة الرئيسية للمرضى الخارجيين (OP) وبطاقة المتابعة. تُستخدم البطاقة الرئيسية OP أساسًا كسجل أول للمستند (الشكل 9-2). هذا يحتوي على معلومات تعريف المريض مع الهاتف للاتصال وأرقام الهواتف المحمولة وعنوان البريد الإلكتروني. الغرض من هذه الورقة هو مساعدة الأطباء في الحصول على تاريخ المريض وشكواه، مما يؤدي إلى تشخيص يعتمد عليه في رعاية المريض وعلاجه. يجب إعطاء الحقائق الأساسية بطريقة موجزة وتقديمية.

بالإضافة إلى ذلك، يتم أيضًا تسجيل اختبارات أساسية مثل سكر البول وسكر الدم والاختبارات البدنية الأخرى مثل ضغط دم المريض. يجب تسجيل رمز التصنيف الدولي الصحيح للأمراض (ICD) من قبل الأطباء في المكان المخصص لهذا الغرض بعد الانتهاء من تشخيص المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)


عند استيفاء البطاقة الرئيسية للمرضى الخارجيين، يمكن إضافة أوراق إضافية لمواصلة تقديم المريض وعلاجه. تتم إضافة ورقة المتابعة هذه إلى السجل وفقًا للحاجة.

Aravind Eye Hospital & Postgraduate Institute of Ophthalmology (Run by Govel Trust) Madurai.		Out-patient Record	
Bill No.		M.R. No.	
Time		Date	
Name :		Age :	
Address :		Sex :	
Phone with code : Cell Phone No. : E-mail :			
Complaints :			
	Right Eye	Left Eye	
Diagnosis			
Lids			
Conjunctiva			
Cornea			
Anterior Chamber			
Iris			
Pupil			
Lens			
Ocular movements			

அரவிந்த் கண் மருத்துவமனை Aravind Eye Hospital & Postgraduate Institute of Ophthalmology Out-Patient Cash Receipt	
M.R. எண் :	தேதி :
பெயர் :	
விலாசம் :	
மருத்துவமனைக்கு திரும்ப வருவதற்கு இதை சீலிட்டு தாமதமாக வரவில்லை என்று உறுதிப்படுத்துவது பற்றி கவனம் செலுத்த வேண்டும். மருத்துவமனை மூடும் நேரம் 7.00 மணி முதல் 6.00 மணி வரை. சூப்பிரி சிமென்ட் சாலை கீழே, பரிசீலனை மற்றும் உயிர்நிலைப்படுத்தல் சிகிச்சைகளை வழங்குகிறது.	
M.R. No.	Receipt No.
Name	
Details	Amount (Rs.)
Consulting Fees	
Date	Cashier

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

		Right Eye	Left Eye
Vision without glasses			
Vision with glasses			
Tension			
Ducts			
B.P.	Urine Sugar	Blood Sugar	
Fundus : Rt		Lt	
Detailed history : (Immediate past and treatment history)			ICD Code
ALLERGIC TO :			
ONE EYED	<input type="checkbox"/>	HYPERTENSIVE	<input type="checkbox"/>
CARDIAC	<input type="checkbox"/>	DIABETIC	<input type="checkbox"/>
		ASTHMATIC	<input type="checkbox"/>
		OTHERS	<input type="checkbox"/>

I, Anna Nagar, Madurai - 625 020. Phone : 2532653-57 (5 Lines) 4356100 Fax : 91-452-2530984 E-mail : aravind@aravind.org Website : www.aravind.org	 Aravind Eye Hospital <small>& Postgraduate Institute of Ophthalmology</small>
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Chairman : Dr. P.Namperumalsamy, M.S., FAMS ◆ Vice Chairman & Director HRD : Dr. G. Natchiar, M.S., D.O. ◆ Director : Dr. M. Srinivasan, M.S., D.O.
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Joint Director : Dr. R.D. Ravindran, M.S., D.O. ◆ Chief Medical Officer : Dr. R. Krishnadas, D.O., Dip. NB ◆ Administrator : Dr. S. Aravind, M.S., MBA.
Consulting hours on week days : 7.00 A.M. - 6.00 P.M. Emergency, Examination and Admission at any time. Sunday Holiday	

الشكل 2.9- بطاقة المريض الرئيسية

البطاقة الشخصية

الغرض الأساسي من بطاقة الهوية هو تحديد المريض وسجله الطبي من خلال الرقم. عند تسجيل مريض جديد، يتم إعطاء رقم السجل الطبي للمريض. يصبح رقم السجل الطبي هو رقم تعريف المريض. تُستخدم هذه البطاقة أيضًا كإيصال للرسوم الاستشارية التي تم جمعها خلال

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

سجل ادخال المريض للمستشفى

عادةً ما يكون سجل المرضى الداخليين أو سجل القبول المعروف أيضاً باسم ورقة الوجه، أعلى أو أول نموذج من السجل الطبي. يحتوي الجزء العلوي على معلومات ذات طبيعة محددة، في حين أن القسم السفلي يحتوي على معلومات الدخول وتعليمات ما قبل الجراحة التي يتعين إجراؤها للمرضى الداخليين. قد تختلف المعلومات الواردة في جزء تحديد الهوية من ورقة الوجه في مستشفيات مختلفة. ومع ذلك، يجب أن تتضمن معلومات كافية حتى يمكن التعرف على المريض بشكل إيجابي.

يشمل ذلك الاسم الكامل للمريض والعنوان ورقم الهاتف وعمر المكان والجنس والحالة الزوجية واسم وعنوان قريب مع رقم هاتف للاتصال في حالات الطوارئ. يجب أن يتم تسجيل رمز التصنيف الدولي للأمراض الصحيح من قبل الأطباء في المساحة المخصصة لهذا الغرض بعد الانتهاء من تشخيص المرضى الداخليين.⁽⁴⁾

نموذج الموافقة على العمليات الجراحية / الطبية

غالبًا ما يتم استخدام الجزء الخلفي من سجل القبول أو صفحة الوجه في نموذج الموافقة على الدخول (الشكل 5.9) الذي يتم توقيعه أثناء دخول المريض إلى المستشفى كجزء من إجراء الدخول. يوفر هذا سجلاً للموافقة على الخدمات الروتينية والإجراءات التشخيصية والعلاج الطبي أو الجراحي.

يجب على مساعد الدخول إبلاغ المريض على وجه التحديد أنه يُطلب منه التوقيع على نموذج موافقة ويجب توضيح الحاجة إليه. كما يجب الحصول على موافقة خاصة للعلاج الطبي أو الجراحي المحدد. ولكن في مستشفى تخصصي واحد، يمكن دمج الموافقة الروتينية مع موافقة العملية التي يمكن جمعها أيضاً عند دخول المريض. من المستحسن أيضاً أن يتم توقيع مثل هذه النماذج من قبل أقارب المريض كشاهد على توقيع المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

Authorisation for giving Anaesthesia and doing Operation	
<p>I hereby agree whole heartedly for performing operation and / or giving anaesthesia in Aravind Eye Hospital, Madurai for the undermentioned patient. If anything untoward happens during the course of anaesthesia and / or operation, I also admit that neither the hospital administration nor the doctors and other employees of the hospital will be held responsible for the same.</p>	
Name of the Patient : _____	
Date : _____	Signature _____ Patient / Parents / Guardian
அறுவை சிகிச்சை, மயக்க மருந்து கொடுப்பதற்கு அனுமதி	
<p>அரவிந்த் ஈன் மருத்துவமனையில் சிகிச்சைக்கு ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்ட நோயாளிக்கு இந்த மருத்துவமனையில் அறுவைச் சிகிச்சை செய்யவும், மயக்க மருந்து கொடுக்கவும், இதன் மூலம் என்னுடைய சம்மதத்தை மனப்பூர்வமாக தெரிவித்துக் கொள்வதுடன் இதில் ஏதாவது அசம்பாவிதம் ஏற்படுமாயின் இதற்கு ஆஸ்பத்திரி நிர்வாகமோ, வேலை பார்க்கும் டாக்டர்களோ மற்றும் சிப்பந்திகளோ பொறுப்பாளியாக மாட்டார்கள் என்பதையும் அறிவித்துக் கொள்கிறேன்.</p>	
நோயாளியின் பெயர் _____	
தேதி : _____	கையொப்பம் : _____ நோயாளி / பெற்றோர் / பொறுப்பாளர்

الشكل 5.9- نموذج الموافقة

سجل الجراحة التخصصية

يتم إرفاق سجلات الجراحة التخصصية جنبًا إلى جنب مع السجلات الأخرى للمرضى الداخليين وفقًا لقسم التخصص الذي يتم فيه قبول المريض. فمثلاً:

- سجل جراحة الشبكية
- سجل جراحة الساد
- سجل طب العيون للأطفال
- سجل جراحة الحول
- سجل جراحة الزرق

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• سجل جراحة العين

• سجل التخدير العام

الترميز اللوني لمجلدات السجل

يشير الترميز اللوني إلى استخدام اللون على المجلدات للمساعدة في منع الاختلال وموقع السجلات المختلطة. تنشئ أشرطة الألوان في مواضع مختلفة حول حواف المجلدات (المعروفة باسم مجموعة) أنماطاً مميزة للون في أقسام مختلفة من الملف. يشير كسر نمط اللون في مقطع الملف إلى سجل غير صحيح. يكون الترميز اللوني أكثر فاعلية عند استخدامه بالاقتران مع رقم المحطة وحفظ الأرقام الوسطى، على الرغم من أنه يقال إن أنظمة الترميز اللوني القابلة للتطبيق يمكن استخدامها للتسجيل العددي المستقيم.^(4.50)

مجلدات اللون

استنادًا إلى نوع القسم المتخصص، يتم أيضًا إرفاق مجلدات الألوان كغطاء مجلد مع ورقة الحالة. هذه المجلدات بألوان مختلفة. فمثلاً:

• مجلد شبكية العين (أزرق فاتح).

• القرنية (الأخضر الفاتح).

• إعتام عدسة العين (أصفر).

• جراحة العين (أخضر غامق)

• طب الأطفال (بني محمر غامق)

• الجلوكوما (الوردي)


• عام (رمادي)

ورقة ملخص الخروج

عندما يخرج المرضى، يتم تقديم ملخص الخروج (الشكل 9-6) مع الإيصال النهائي. ملخص الخروج هو ملخص موجز لأسباب الاستشفاء، والنتائج المهمة، والإجراءات المنجزة، ودخول المستشفى، وحالة المريض عند الخروج، والتعليمات المقدمة للمريض أو العائلة فيما يتعلق بالنشاط البدني، والأدوية، والنظام الغذائي، ومتابعة الرعاية. تختلف ورقة ملخص الخروج حسب الألوان والمعلومات وفقًا للتخصص. يتم تقديم أوراق الملخص التالية كعينات تستخدم مقابل التخصص المذكور أدناه:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- ملخص إعتام عدسة العين
- كتاب ملخص الشبكية
- كتاب تلخيص الساد للأطفال



ARAVIND EYE HOSPITAL
1, ANNA NAGAR, MADURAI - 625 020.
Phone : 0452 - 2532653 - 57,4356100, Fax : 0452 - 2530984

DISCHARGE SUMMARY REPORT

Name : VAIYAPURI P.		Age : 71	I.C.N. : 452826
Address : NILAKKOTTAI, DINDIGUL		Sex : M	M.R.N. : P2304075
Diagnosis : RE :	IMMATURE CATARACT		Date of Admission : 09/08/2007
LE :	IMMATURE CATARACT		
Illness Period :			
Operation Notes			
Type of Surgery :	PHACD WITH ACRYSOFF (NATURAL)		Date of Surgery : 10/08/2007
Eye :	RIGHT EYE		
Discharge notes			
Visual Acuity :			Date of Discharge : 11/08/2007
Post Operative Instructions	Pinhole :		

TOBA-DM توباديم	Days أيام	Date		Timings وقت					
		From	To	8 am	10am	12pm	2 pm	4 pm	6 pm
TOBA-DM	7	11/08/2007	17/08/2007	8 am	10am	12pm	2 pm	4 pm	6 pm
TOBA-DM	7	18/08/2007	24/08/2007	8 am	11am	2 pm	4 pm	5 pm	8 pm
TOBA-DM	7	25/08/2007	31/08/2007	8 am	12pm	4 pm	8 pm		
TOBA-DM	7	01/09/2007	07/09/2007	8 am	2 pm	8 pm			
TOBA-DM	7	08/09/2007	14/09/2007	8 am	8 pm				
TOBA-DM	7	15/09/2007	21/09/2007	8 am					
EXOCIN	20	11/08/2007	30/08/2007	8.05 am	2.05 pm	8.05 pm			
EXOCIN	15	31/08/2007	14/09/2007	8.05 am	8.05 pm				
HOMIDE	7	11/08/2007	17/08/2007	9 am	9 pm				
HOMIDE	7	18/08/2007	24/08/2007	9 am					
Systemic : HYPERTENSIVE									
13/09/2007									

Follow-up Instructions
Review Time : 2 pm

1st Review :
2nd Review :

Ward Nurse : _____ Medical Officer : _____

Avoid coming on Sunday and Monday
 تجنب القدوم على يوم الأحد واليوم التالي

الشكل 6.9- ملخص الخروج

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ملخص

يجب الاحتفاظ بسجل طبي لكل شخص تم إدخاله إلى المستشفى كمريض داخلي أو مريض خارجي أو كمريض طارئ. يوثق السجل الطبي التاريخ الطبي والجراحي للمريض. يتحمل كل مستشفى مسؤولية تطوير استمارات السجلات الطبية لتناسب احتياجاته. يتم تفويض مسؤولية تصميم نماذج السجلات الطبية إلى لجنة استمارات المستشفى. على الرغم من أن مجموعة متنوعة من أنماط السجلات الطبية تستخدم في المستشفيات في جميع أنحاء البلاد، يجب تضمين بعض الضروريات الأساسية إذا كان المستشفى يريد الحفاظ على معايير الاعتماد. لن تضمن نماذج السجلات الطبية بحد ذاتها سجلات طبية دقيقة وكافية. ومع ذلك، إذا كانت النماذج تنص على تسجيل البيانات الأساسية، وإذا قام الطبيب بتسجيل المعلومات المطلوبة بعناية، فستنتج سجلات طبية دقيقة وكافية.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- يجب الاحتفاظ بسجل طبي لجميع المرضى الذين تم إدخالهم في المستشفى إما كمريض داخلي، أو كمريض طارئ أو زيارة المستشفى كمريض خارجي.
- في تطوير نموذج جديد، من المستحسن أن يكون لديك فقط عدد صغير من النماذج المعدة للاستخدام التجريبي.
- يجب إزالة جميع النماذج المتوقفة من غرفة التخزين أو منطقة الإمداد واتلافها.
- تذكر أن النماذج ذات الحجم القياسي تكون دائمًا أقل تكلفة، وتسهل حفظ الملفات دون الخسارة، وهو ما يحدث غالبًا في أحجام الورق غير المنتظمة.
- إذا أمكن ذلك، فإن استخدام ختم مطاطي على نموذج موجود يمكن أن يلغي الحاجة إلى شكل خاص لا يستخدم بانتظام.
- نظرًا لأن التكلفة هي أيضًا عامل في المراجعة المستمرة وطباعة كميات صغيرة من النماذج، فقد تكون عملية التصوير هي الطريقة المفضلة للحصول على نسخ أكثر.

تمارين الطلاب

أجب عن التالي:

1. اشرح الأسباب الأربعة للحفاظ على سجلات العيادات الخارجية في المستشفى؟
2. لخص محتويات المعلومات الخاصة بكل من نماذج السجلات الطبية التالية:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- بطاقة المعلومات.
- الموافقة على الإجراءات الجراحية / الطبية.
- سجل الجراحة.
- ملخص كتاب الخروج.
- 3. حدد الخطوة الأولى والأكثر أهمية في تصميم النماذج القياسية.
- 4. اشرح المبادئ الأساسية في تطوير نماذج السجلات الطبية الجيدة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل العاشر

أنظمة الترميم والحفظ

Numbering and Filing Systems

المقدمة

يتم حفظ السجلات الطبية في معظم مؤسسات الرعاية الصحية عددًا وفقًا لأرقام السجلات الطبية للمرضى. في الماضي، قدمت بعض المستشفيات سجلات وفقًا لأسماء المرضى أو أرقام الخروج أو أرقام الرموز التشخيصية. يُعد حفظ الحروف بالهجائية حسب أسماء المرضى أكثر تعقيدًا ويخضع لخطأ أكثر من عملية حفظ الملفات رقمياً. الحفظ بواسطة أرقام الخروج وأرقام رمز التشخيص غير مرض بشكل عام لأن السجلات أو السجلات المهمة الأخرى في المنشأة تهتم حصرياً بأرقام السجلات الطبية.

نظام ترميم السجلات الطبية

هناك ثلاثة أنواع من أنظمة الترميم مستخدمة حالياً في مرافق الرعاية الصحية، وهي: الترميم التسلسلي، ترميم الوحدة، ترميم الوحدة التسلسلي.^(4.43)

الترميم التسلسلي

في الترميم التسلسلي، يتلقى المريض رقم سجل طبي جديد في كل مرة يتم تسجيله أو علاجه من قبل المستشفى. إذا تم تسجيله خمس مرات، فإنه يحصل على خمسة أرقام سجلات طبية مختلفة.

على سبيل المثال: يتم تسجيل المريض، أحمد، في المستشفى بموجب السجل الطبي رقم 13650. وعندما يعود للمتابعة بعد شهر واحد من العلاج، سيتم تسجيله بموجب السجل الطبي رقم 14020 مثلاً. إذا كان يزور المستشفى مرة أخرى في العام التالي، سيحصل على رقم ثالث مثلاً 19560. على الرغم من تسجيل جميع أرقام السجلات الطبية المخصصة لهذا المريض في النظام، يتم حفظ سجلاته الطبية في العديد من الأماكن مثل عدد المرات التي عولج فيها في المرفق.

ترميم الوحدة

على غرار نظام الترميم التسلسلي، يوفر نظام ترميم الوحدة سجلاً وحيداً، وهو مركب لجميع البيانات التي تم جمعها على مريض معين، سواء كان مريضاً خارجياً أو مريضاً داخلياً أو مريضاً في حالات الطوارئ.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يتم تعيين سجل طبي للمريض في زيارته الأولى، والذي يستخدم لجميع الزيارات والعلاجات اللاحقة. وعليه، فإن علاجه الطبي بالكامل متاح في مجلد واحد تحت رقم سجل طبي واحد. على سبيل المثال: مع ترقيم الوحدة، في كل مرة يصل فيها أحمد إلى المستشفى لتلقي العلاج، سيتلقى الرقم الأول الذي تم تخصيصه له وهو 13650.

ترقيم الوحدة التسلسلي

نظام الترقيم هذا هو مزيج من أنظمة الترقيم التسلسلي وأنظمة ترقيم الوحدة. على الرغم من أنه في كل مرة يتم فيها تسجيل المريض يتلقى رقمًا قياسيًّا جديدًا من السجلات الطبية، إلا أن سجله السابق يتم تقديمه باستمرار وتقديمه تحت الرقم الأخير. على سبيل المثال: عندما عاد المريض أحمد لمتابعته بعد شهر واحد من العلاج، سيحصل على الرقم 14020، ولكن سيتم أيضًا تقديم بيانات علاج المرضى الخارجيين المقدمة تحت الرقم 13650، ليتم حفظها مع السجل الطبي القديم الذي تم إعداده أثناء أحدث زيارة. وبالتالي يتم إنشاء سجل وحدة.

عند تقديم السجلات القديمة، يجب ترك بطاقة التتبع في الرف حيث تم سحب السجل القديم، للإشارة إلى الرقم الجديد الذي تم حفظ السجل به. تعد بطاقة التتبع التي تحمل علامة إحالة إلى الرقم الجديد طريقة مرضية لتحقيق ذلك.

الترقيم السنوي

في نظام الترقيم السنوي، يتم إضافة رقمين يشيران إلى السنة إلى نهاية الرقم التسلسلي. تعيين السنة بمثابة رقم التحكم في السجلات الطبية غير النشطة. توفر الأرقام التسلسلية مع السنة التقويمية أيضًا بيانات فورية عن رقم تسجيل المستشفى أو الزيارات التي حدثت خلال سنة معينة.

ترقيم الأسرة (العائلة)

إصدار آخر من ترقيم الوحدة هو نظام ترقيم العائلة. يتكون ترقيم العائلة عادة من وضع رقمين إضافيين، مما يشير إلى تعيين رقم لكل فرد في العائلة. عادة ما توضع هذه الأرقام على الفور قبل رقم السجل الطبي المعين بانتظام. أزواج الأرقام البادئة لها ترتيب ومعنى محددان، كما يلي:

* 01 = رب الأسرة (الأم أو الأب)

* 02 = الزوج

* 03 = الأطفال

* 04 = أي أقارب الأسرة الآخرين

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

* 05 = خادم

على الرغم من أن كل مريض من عائلته يتم تعيينه بسجل طبي منفصل، فإن المعلومات المتعلقة بهذه العائلة يتم حفظها معاً تحت رقم سجل طبي واحد "رقم العائلة".

توسيع الملف

من الضروري ترك 25٪ من الأرفف شاغرة عند اتباع نظام ترقيم الوحدة. هذا بسبب توسيع السجلات الطبية عند إضافة المزيد من النماذج إلى السجل خلال الزيارات المتكررة للمريض. عند اتباع نظام الوحدة التسلسلي في المستشفى، يتم توجيه السجلات الطبية القديمة لتتحد مع السجلات الطبية الجديدة للمريض. قد تحدث فجوات على الرفوف حيث يتم سحب السجلات وإعادة توجيهها. يحدث هذا عادة عندما تكون معدلات إعادة النظر مرتفعة للغاية. في نظام الترقيم التسلسلي حيث يتم تخصيص رقم سجل طبي للمرضى خلال كل زيارة، فإن الأرفف تُملأ فقط في نهاية واحدة حيث يتم تخصيص أرقام جديدة للمرضى في كل مرة.

الملفات الضخمة

في بعض الأحيان تصبح سجلات المرضى الذين تعرضوا للعديد من العلاجات سميكة لدرجة أن هناك حاجة إلى مجلدات إضافية لاحتواء سجل طبي كامل. من أجل تنبيه موظفي الحفظ ومهنيين الرعاية الصحية إلى وجود سجل طبي في عدة مجلدات، من الحكمة وضع علامة على كل مجلد برقم وحدة التخزين وعدد إجمالي وحدات التخزين.

على سبيل المثال: يمكن تسمية المجلد الأول على أنه "المجلد 1 من 2"، والمجلد الثاني "المجلد 2 من 2"، وما إلى ذلك. إذا تمت إضافة مجلد إضافي، فيجب تغيير التسمية للإشارة إلى إجمالي عدد المجلدات. سيتغير المجلد الأول المسمى "المجلد 1 من 2" إلى "المجلد 1 من 3" عند إضافة مجلد ثالث.

أنظمة حفظ السجلات الطبية

تُستخدم ثلاثة أنواع من أنظمة حفظ الملفات الرقمية عادةً في حفظ السجلات الطبية، وهي الأرقام الرقمية المستقيمة (على التوالي) والأرقام الطرفية والأرقام الوسطى.^(7.21.43)

الحفظ الرقمي المستقيم (على التوالي)

يشير الحفظ الرقمي المستقيم إلى حفظ السجلات بالترتيب التصاعدي الدقيق وفقاً لعدد السجلات الطبية. وبالتالي، ستكون جميع السجلات المرقمة في وقت واحد في سلسلة تصاعديّة على

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

رفوف الملفات. على سبيل المثال، سيتم تقديم السجلات الطبية الأربعة التالية بالترتيب التالي على
الرف: 65023 ، 65024 ، 65025 ، 65026.

من الواضح أنه من السهل سحب خمسين سجلًا متتابعًا من منطقة الملفات لغرض
الدراسة أو للتخزين غير النشط. ولعل أكبر ميزة لهذا النوع من نظام الملفات هي سهولة تدريب
الموظفين على العمل معه. ومع ذلك، فإن هذا النهج له بعض العيوب. من السهل حدوث خطأ نظرًا
لأنه يجب على الموظفين مراعاة جميع أرقام رقم التسجيل في وقت واحد عند تقديم سجل. كلما
زاد عدد الأرقام التي يجب تذكرها عند الحفظ، زادت فرصة الخطأ. يعد تغيير الأرقام أمرًا شائعًا:
يمكن الإخلال بالسجل الطبي 65424 كسجل 56524.

تتمثل المشكلة الأكثر خطورة في عملية الحفظ الرقمي المستقيم في أن أثقل نشاط للحفظ
يتركز في المنطقة ذات الحد الأقصى لعدد السجلات الجديدة. لا بد أن يحصل العديد من سجلات
الموظفين في نفس الوقت في مثل هذه المناطق بنفس طريقة بعضهم البعض. نظرًا لأن الموظفين
عادةً ما يقومون بالحفظ في أكثر السجلات حداثة، فلا يمكن تحديد مسؤولية قسم من الملف
لموظف واحد.

الحفظ بالرقم الطرقي

يمكن استخدام رقم مكون من ستة أرقام أو رقم مكون من سبعة أرقام وتقسيمه
باستخدام واصلة (-) إلى ثلاثة أجزاء، يحتوي كل جزء عادة على رقمين. ضمن الرقم، الأرقام الأولية
هي آخر رقمين، والأرقام الثانوية هي الرقمان الأوسطان، والأرقام الثلاثية هي أول رقمين أو ثلاثة
أرقام.

في الحفظ بالرقم الطرقي، يوجد 100 قسم أساسي، يتراوح من 00 إلى 99. يجب على
الموظف أولاً أن ينظر في القسم الأساسي أثناء حفظ السجلات. مع كل قسم أساسي، تتم مطابقة
مجموعات السجلات وفقاً للرقم الثانوي، وبعد تحديد موقع قسم الأرقام الثانوية الصحيح، يقوم
موظفو السجلات الطبية بتنسيق ملفات عددهم بالترتيب العددي. في السجلات الطبية، يتغير
الرقم الثالث مع كل سجل.

لاحظ المثال التالي في ملف الأرقام الطرفية:

98-99-50	98-11-38	66-31-06
99-99-50	99-11-38	67-31-06
00-00-51	00-12-38	68-31-06
01-00-51	01-12-38	69-31-06

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يتم وصف طريقة الرقم النهائي للحفظ باستخدام ستة أرقام، ولكن كما ذكرنا سابقًا ، يمكن تكييفها لاستخدام خمسة أو سبعة أو تسعة أرقام. مع رقم مكون من خمسة أرقام، يمكن للمرء تقسيمه إلى ثلاثة أقسام، كما يلي:

01-00-0 43-65-7 الخ....

مع سبعة أرقام يكون كما يلي:

01-00-000 21-43-765 الخ....

هناك العديد من مزايا الحفظ رقم المحطة. عند إضافة سجلات جديدة إلى الرفوف، يتم توزيع أرقام أرقامها النهائية بالتساوي على 100 قسم أساسي من الرفوف. سيتم حفظ كل سجل طبي جديد رقم 100 مرة أخرى في نفس القسم الأساسي من الرفوف.

يتم التغلب على العائق الذي ينتج أثناء الحفظ الرقمي المستقيم عند تجنب الحفظ من قبل عدة موظفين في نفس المنطقة. قد يتم تكليف الموظفين بمسؤولية أقسام معينة من الرفوف. عندما يتقدم أربعة موظفين، يمكن أن يكون الموظفون الأولون مسؤولين عن أقسام الأرقام الطرفية من 00 إلى 24، والثاني عن 25-49، والثالث من 50 إلى 74، والرابع عن 75-99.

نظرًا لأنه لا يزال يتم تعيين أرقام التسجيل في ترتيب رقمي مستقيم، يتم توزيع العمل بالتساوي بين كل موظف في كل قسم. يتم تعيين الأرقام 463719 و 453720 و 463721 في تسلسل صارم، ولكن سيتم حفظ السجلات في قسم الأرقام الطرفية "19" و "20" و "21" على التوالي.

يمكن سحب السجلات غير النشطة من كل قسم من أرقام الأرقام الطرفية عند إضافة سجلات جديدة. وهذه الطريقة، يتم التحكم في حجم السجلات في كل قسم أساسي ويتم منع الفجوات الكبيرة في الملف التي تتطلب التبديل الخلفي للسجلات. التحكم بحجم السجلات يُبَسِّط التخطيط لمعدات الحفظ.

مزايا الحفظ بالرقم الطرقي

يتم تقليل حدوث الخلل أو الفقدان إلى حد كبير مع استخدام الملفات بالأرقام الطرفية. نظرًا لأن الموظفين يهتمون بزواج واحد فقط من الأرقام في كل مرة، فمن غير المحتمل حدوث تبديل للأرقام. حتى إذا تم زيادة الأرقام الثلاثية إلى ثلاثة، على سبيل المثال ، 245-68-90، فإن استدعاء ثلاثة أرقام أسهل من استدعاء سبعة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

عادةً ما تكون فترة التدريب الخاصة بمساعد السجلات الطبية أطول قليلاً في نظام الأرقام الطرفية منه في نظام الأرقام المستقيمة، لكن معظم الموظفين يمكنهم تعلمها في غضون أيام قليلة. قد تكون هناك حاجة إلى الإعداد الأولي لأرفف الملفات من مرحلة البدء، والتي قد تتطلب المزيد من وحدات الرفوف نظراً لأنه يجب تخطيط إمكانات التوسيع لإجمالي مساحة السجلات الطبية.

الحفظ بالرقم الأوسط

في هذه الطريقة يقوم الموظفون بحفظ الملفات وفقاً لأزواج من الأرقام، كما هو الحال في الملفات بالأرقام الطرفية. من ناحية أخرى، الأرقام الأولية والثانوية والثلاثية في مواقع مختلفة. الأرقام الوسطى من الأرقام المكونة من ستة أرقام هي الأرقام الأولية، والأرقام الموجودة على اليسار هي الأرقام الثانوية، والأرقام الموجودة على اليمين هي الأرقام الثلاثية.

76 - 68 - 96

الثانوي - الأولي - الثلاثي

يظهر أدناه تسلسل عينة في ملف الأرقام الوسطى:

76-68-96 99-68-96

76-68-97 99-68-97

76-68-98 99-68-98

76-68-99 99-68-99

77-68-00 00-69-00

77-68-01 00-69-01

من المثال المذكور، يمكن للموظفين رؤية أن الكتل المكونة من 100 سجل (على سبيل المثال، 00-78-76 إلى 99-78-76) في ترتيب عددي مستقيم.

مزايا الحفظ بالرقم الطرفي

الحفظ بالرقم الطرفي له العديد من المزايا:

أولاً: من السهل سحب 100 سجل رقمي على التوالي لأغراض البحث.

ثانياً: التحويل من نظام رقمي مستقيم إلى النظام الرقمي الأوسط أبسط بكثير من التحويل إلى النظام الرقمي الطرفي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ثالثاً: يتم تجميع كتل من 100 سجل تم سحبها من ملف رقمي مستقيم بالترتيب الدقيق للحفاظ حسب الأرقام المتوسطة.

يوفر حفظ الأرقام الوسطى توزيعاً أكثر عدلاً للسجلات التي تقوم بالحفظ الرقمي المستقيم، على الرغم من أنها لا تساوي الرصيد الذي يحققه نظام حفظ الأرقام الطرفية. كما هو الحال في حفظ الرقم الطرقي، يقوم الموظفون بتقديم الملفات بأزواج من الأرقام بدلاً من ستة أو سبعة أرقام؛ وبالتالي يتم تقليل الحفظ الخاطئ.

هناك عيوب معينة في حفظ الأرقام الوسطى. قد يكون التدريب ضرورياً أكثر من الحفظ الرقمي المستقيم أو الحفظ بالرقم الطرقي.

المركزية

تشير المركزية إلى حفظ سجلات المرضى الخارجيين والمرضى الداخليين ومرضى الطوارئ في مكان واحد. عندما يتم توفير رعاية متابعة مستمرة بانتظام من قبل المستشفى، فإن نظام حفظ الملفات الذي يجعل سجل الوحدة هو الأكثر عملية. يتم تخزين سجلات الوحدة داخل قسم السجلات الطبية.

اللامركزية

• ينتج الملف اللامركزي عند حفظ سجلات المرضى الخارجيين في قسم السجلات الطبية، ولكن يتم حفظ سجلات المرضى الداخليين والمرضى في حالات الطوارئ في مناطق رعاية المرضى الخاصة بهم.

• قد يحتاج المجمع الطبي الكبير الذي يتكون من عدة وحدات رعاية صحية مفصولة جسدياً عن بعضها البعض إلى اعتماد مثل هذا النظام اللامركزي لسهولة استرجاع السجلات وإمكانية الوصول إليها.

• يجب أن تظل مناطق الملفات اللامركزية تحت سيطرة إدارة السجلات الطبية.

بغض النظر عما إذا كانت الملفات مركزية أم لا مركزية، يجب أن يكون هناك مركزية للسلطة عليها. شخص واحد، منطقياً مدير إدارة السجلات الطبية، ينبغي أن يفوض لإنشاء والحفاظ على السيطرة على جميع إجراءات حفظ واستخدام السجل.

نموذج طلب السجل الطبي

يجب تسليم الطلبات الروتينية للسجلات الطبية من عيادات التخصص أو الأطباء الذين يقومون بالدراسة أو البحث إلى قسم السجلات الطبية في وقت محدد من اليوم يحدده مسؤول

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المستشفى أو عن طريق سياسة السجلات الطبية. يتم تلقي الطلبات الروتينية من الأطباء أو العيادات من خلال نموذج طلب السجل الطبي. عادةً ما تكون قسيمة الطلبات عبارة عن نموذج واحد يحتوي على الأعمدة اللازمة، كما في الشكل (1-10).

ARAVIND EYE HOSPITAL, MADURAI
MEDICAL RECORDS DEPARTMENT

Medical Record Request Slip

✓ Tick the appropriate box
I need the following case sheets

To Study For Research Work For Referral Letters Reply To Retain for other examination

Name of the Person Requested _____ Department : _____
Date : _____ Date of Return : _____

S.No.	MRN	Patient Name	Issued	Received
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

* Only 15 case sheets at a time

Received by : _____
MRD Staff : _____ Requested by : _____

Note :

- Give the request one day prior to the date you need.
- Do not keep Medical Records more than 48 hours.
- If you need case sheets more than 48 hours, for any research work get special permission.
- If you retain case sheets for any purpose, please use this form to inform Medical Records.
- Do not take case sheets out of Aravind Eye Hospital of Laico.

الشكل 1.10- نموذج طلب السجلات الطبية

الحد الأدنى من المعلومات المراد تضمينها، هو اسم المريض ورقم السجلات الطبية وتوقيع الشخص الذي أصدر السجلات الطبية واسم وتوقيع الشخص الذي طلب السجل. يجب استلام جميع طلبات التسجيل الروتينية قبل الساعة 4 مساءً. كل يوم. يعتمد الوقت المحدد للموعد

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

النهائي على (1) حجم الطلبات التي يتم تلقيها يوميًا و (2) عدد سجلات السجلات الطبية المتاحة لسحب السجلات المطلوبة.

عادة ما يتم إصدار 15 سجلًا طبيًا كحد أقصى لأي طبيب يطلب الدراسة. هذا لتقليل التأخير في العودة من الطبيب المعني إلى السجلات الطبية للمرضى الذين قد يزورون المستشفى للتشاور. إذا كان الطبيب يحتفظ بالعديد من السجلات، فقد يضطر المرضى الزائرون إلى الانتظار لفترة طويلة حتى يتم إرجاع سجلاتهم من الطبيب، مما يقلل أيضًا من عبء العمل على المُسترد المعني، وذلك من خلال التحكم في العدد الهائل من السجلات الطبية المأخوذة من منطقة حفظ السجلات الطبية.

عند إرجاع السجل الطبي، يتم إعادة فحصه مع نموذج طلب السجلات الطبية وإرساله لحفظه. إذا لم يتم إرجاع السجل الطبي خلال الوقت المحدد، يتم إرسال مذكرة إلى الشخص الذي أخذ السجلات الطبية لإعادتها على الفور.

ملخص

على الرغم من أن أساليب ترقيم السجلات الطبية ونظام حفظ الملفات لها نفس الهدف، أي إتاحة سجل مستمر للمريض في جميع الأوقات، فإن الوحدة المركزية أو نظام الوحدة التسلسلي يحقق هذا الهدف تلقائيًا لأن جميع سجلات المريض يتم حفظها معًا في مجلد واحد وفي قسم واحد.

إذا كان نظام الوحدات المركزية مقترنًا بحفظ الأرقام الطرفية في المستشفيات حيث يكون نشاط جميع السجلات رائعًا وفعالًا، يجب أن تكون النتيجة خدمة فعالة ومُحسَّنة للمريض والأطباء والموظفين الآخرين. ما لم يكن السجل الطبي متاحًا على الفور متى وأينما دعت الحاجة لذلك في كل وقت، فإن العمالة والنفقات المخصصة للمحافظة على قسم السجلات الطبية سوف تضيق هدرًا.

نظرًا لأن المساحة المطلوبة لتسجيل السجلات الطبية تنمو بسرعة، يجب أن يواجه مدير السجلات الطبية مشكلة الاحتفاظ بالسجلات بشكل واقعي. لذلك ينبغي إجراء المسوحات الدورية بواسطة رئيس القسم الذي يمكن أن يساعد بشكل كبير الموظفين الإداريين المسؤولين عن اتخاذ القرارات المتعلقة بمساحة التخزين وجدول الاحتفاظ بها.

لنتذكر النقاط الرئيسية

• يوفر نظام ترقيم الوحدة سجلًا واحدًا، وهو مركب لجميع البيانات التي تم جمعها على مريض معين.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يتمتع نظام الملفات الرقمية المستقيم بميزة أكبر في تدريب الموظفين خلال فترة زمنية محدودة.
- يعد الحفظ بالحروف الأبجدية بأسماء المرضى أكثر تعقيداً ويخضع لخطأ أكثر من الحفظ الرقمي
- ينبغي إجراء المسوحات الدورية بواسطة فني السجلات الطبية الذي يمكنه مساعدة مدير المستشفى المسؤول عن اتخاذ القرارات المتعلقة بمساحة التخزين وجداول الاحتفاظ بها.
- ما لم يكن السجل الطبي متاحاً على الفور متى وأينما دعت الحاجة لذلك في كل وقت، فإن العمالة والنفقات المخصصة للمحافظة على قسم السجلات الطبية سوف تضيع هدراً.

تمرين الطالب

أجب عن التالي:

1. صف نظام الترقيم التالي وسرد ميزة واحدة وعيوب كل نظام.
 - الترقيم التسلسلي
 - ترقيم الوحدة التسلسلي
 - ترقيم الوحدة
2. تحديد الحفظ المركزي واللامركزي، وتلخيص مزايا المركزية للسجلات الطبية.
3. قم بترتيب أرقام السجلات الطبية التالية على التوالي وفقاً لكل نظام حفظ: 213497 و 213498 و 213598 و 213599 و 313501 و 313502 و 313503.
- الحفظ الرقمي المستقيم (على التوالي)
 - رقم الحفظ الطرفي
 - رقم الحفظ الأوسط
4. ما هو نظام الملفات الرقمي المستقيم وشرح مزايا وعيوب نظام الملفات هذا؟
5. طريقة إصدار السجلات الطبية للأطباء أو العيادات عند الطلب. شرح؟

الفصل الحادي عشر

التصنيف الدولي للأمراض (ICD) والإجراءات، طريقة فهرسة البيانات
**Classification of Diseases (ICD) and Procedures, the
Method of Indexing Data**

مقدمة

يعمل عدد كبير من الناس في مجال الرعاية الصحية. هذه الحقيقة، بالإضافة إلى زيادة عدد وأنواع أخصائيي الرعاية الصحية، تجعل من الضروري وجود اتصال واضح حول حالة المريض. يُعد استخدام المصطلحات الموحدة لوصف التقدم السريري وإجراءات العلاج وسيلة لضمان أن يكون لدى جميع الأشخاص المشاركين في رعاية المريض فهم مشترك لمرض المريض.

لقد بُذلت محاولات عديدة على مر السنين لتجميع الأوصاف والتعريفات الدقيقة لجميع الأمراض المعروفة. قبل القرن التاسع عشر، أنتجت هذه المحاولات بعض أنظمة التصنيف البدائية.

يعد تصنيف الأمراض والإجراءات أحد أهم وظائف قسم السجلات الطبية. تختار الإدارة المنظمة تنظيمًا جيدًا أحد أفضل أنظمة التصنيف الدولية المناسبة لتشفير الأمراض وعمليات جمع معلومات الاعتلال والوفيات. تصنيف الأمراض هو نظام لتجميع الكيانات المرضية معًا وفقًا لبعض المعايير المحددة.

ما هو الترميز؟ (4،21،50)

- ترجمة الأوصاف السريرية للأمراض والإصابات والإجراءات إلى رموز رقمية.
- تتضمن عملية الترميز تعيين أرقام للمرض والمصطلحات الإجرائية.
- المصدر الرئيسي للمعلومات المشفرة هو السجل الطبي. يسرد السجل الطبي التشخيص النهائي والعمليات ويكمله الطبيب المعالج.
- يتم تسجيل رقم الرمز لكل مرض وعملية في النظام من قبل مساعد السجلات الطبية.

لماذا نحتاج إلى رمز؟

يتم الترميز من أجل تجميع الشروط والإجراءات المتشابهة لجدول الإحصاء. الإحصاءات الطبية والصحية تستخدم عادة لما يلي:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- مراجعة الحالات السابقة لمرض معين من أجل توفير نظرة ثاقبة في إدارة المشاكل الصحية للمريض الحالي.
- اختبار النظريات ومقارنة البيانات حول بعض الأمراض أو العلاجات من أجل إجراء البحوث وإعداد الأوراق العلمية.
- الحصول على بيانات حول استخدام مرافق المستشفى ولتأكيد حاجة المستشفى إلى معدات وأسرة وموظفين جدد، وما إلى ذلك، في مختلف الإدارات.
- تقييم جودة الرعاية في المستشفى.
- إجراء الدراسات الوبائية ومكافحة العدوى على بيئة العمل.

• تجميع بيانات إدارة المخاطر، مثل حدوث المضاعفات الطبية والجراحية.

من أجل تطوير أفضل نظام ممكن لتقديم الرعاية الصحية مع مكونات وقائية وعلاجية وتأهيلية، من الضروري الحصول على معلومات شاملة عن المراضة والوفيات. في حين بذل الجهود لتحقيق هذا، شعرت بالحاجة إلى تصنيف المرض مقبول في جميع أنحاء العالم. أدى إلى تطوير التصنيف الدولي للأمراض.

أرقام الرموز

تشير أرقام الرموز التي تتبع المصطلحات إلى الفئات والفئات الفرعية التي ينبغي تصنيف المصطلحات بموجبها. إذا كان الرمز يحتوي على ثلاثة أحرف فقط، فيمكن افتراض أن الفئة لم يتم تقسيمها. في معظم الحالات التي تم فيها تقسيم الفئة، سيعطي رقم الرمز الحرف الرابع. شرطة في الموضع الرابع (003-) تعني أن الفئة قد تم تقسيمها وأنه يمكن العثور على الحرف الرابع بالرجوع إلى قائمة الجداول (4.21.50).

في قائمة الإدخالات ومصطلحات الاستبعاد في القائمة المجدولة، يستخدم التصنيف الدولي للأمراض بعض الاتفاقيات الخاصة المتعلقة باستخدام الاختصارات "NOS"، و "NEC"، استخدام الأقواس المعقوفة، والأقواس المربعة، والفواصل، والأقواس، والكلمة "و" في العناوين. يجب فهم هذه بوضوح من قبل المبرمجين وأي شخص يرغب في تفسير الإحصاءات بناءً على التصنيف الدولي للأمراض.⁽⁵⁰⁾

نظام الترميز الدولي للأمراض ICD-9-CM

ينقسم كتاب ترميز الأمراض الدولي إلى ثلاثة أقسام، وهي:⁽⁶⁰⁾

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- القسم الأول: يحتوي على مقدمة وإرشادات للاستخدام ومخطط ICD-9-CM ، يُظهر الفئات الرئيسية للأمراض وأين يمكن العثور عليها في الأعمدة المجدولة.
- القسم الثاني هو فهرسة أبجدية لمدخلات أمراض محددة.
- القسم الثالث هو الأهم للترميز الصحيح، القائمة المجدولة. سيرشدك هذا القسم إلى الترميز الصحيح والدقيق.

أثناء البحث عن رمز معين، من السهل دائمًا الرجوع إلى الفهرسة الأبجدية. يتم الرجوع إلى معظم الأمراض هنا بعدة طرق مما يجعلها أسهل. يمكنك الرجوع إلى قائمة الجداول للحصول على إرشادات أكثر دقة للترميز. عندما تصبح أكثر دراية بعملية الترميز قد تجد أنك سوف تشير إلى الفهرسة الأبجدية في كثير من الأحيان بسرعة. ومع ذلك، سيكون الترميز أكثر دقة إذا أشرت إلى القائمة المجدولة نظرًا لوجود إرشادات أكثر دقة هناك.

مقدمة من ICD-10

ينقسم كتاب الترميز العام هذا إلى ثلاث مجلدات، وهي: (59)

• المجلد الأول: يحتوي التصنيف الدولي للأمراض على التصنيف نفسه. إنه يشير إلى الفئات التي سيتم تخصيص التشخيص فيها، مما يسهل عملية الفرز والعد لحسابها لأغراض إحصائية. على الرغم من أنه من الممكن نظريًا أن يصل المبرمج إلى الرمز الصحيح عن طريق استخدام المجلد 1 وخذُه، فإن هذا قد يستغرق وقتًا طويلاً وقد يؤدي إلى أخطاء في المهمة. دليل الفهرس الأبجدي للتصنيف موجود في المجلد 3. توفر مقدمة الرموز معلومات مهمة حول علاقته بالمجلد الأول.

• المجلد الثاني: يحتوي على مبادئ توجيهية للتسجيل والترميز، إلى جانب مواد جديدة كثيرة عن الجوانب العملية لاستخدام التصنيف، بالإضافة إلى الخطوط العريضة للخلفية التاريخية للتصنيف. يتم تقديم المجلد الثاني كوحدة تخزين منفصلة لسهولة التعامل عند الحاجة إلى الإشارة في نفس الوقت إلى التصنيف (المجلد 1) والتعليمات الخاصة باستخدامه.

• المجلد الثالث: ترد تعليمات مفصلة حول استخدام الفهرسة الأبجدية في مقدمة المجلد الثالث. من ناحية أخرى، يعد المجلد الثالث من التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة فهرسة أبجدية لقائمة الجداول للمجلد الأول. وعلى الرغم من أن الفهرس يعكس أحكام "قائمة الجداول" فيما يتعلق بالملاحظات التي تختلف من

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تعيين المصطلح التشخيصي عند الإبلاغ عن حالات أخرى، أو في ظل ظروف معينة (مثل بعض حالات الحمل المعقدة)، لا يمكن التعبير عن كل هذه الاختلافات في شروط الرمز.

ينبغي اعتبار المجلد الأول أداة الترميز الأساسية. ومع ذلك، فإن الفهرسة الأبجدية هي ملحق أساسي لقائمة الجداول، لأنه يحتوي على عدد كبير من المصطلحات التشخيصية التي لا تظهر في المجلد الأول. لذلك يجب استخدام المجلدين معًا.

تصنيف الأمراض

يجب ترميز جميع السجلات الطبية للمرضى الذين يتم علاجهم في كل من العيادات الخارجية وخدمات المرضى الداخليين لتصنيف المرض من قبل مساعد السجلات الطبية وفقًا لتصنيف الدولي للأمراض. تم استخدام أنظمة تصنيف متنوعة، ولكن النظام الشائع الاستخدام اليوم هو التصنيف الدولي للأمراض المعدلة في الولايات المتحدة (ICD-9-CM) والمخصص حصريًا لترميز طب العيون. هذا التصنيف هو اعتماد التعديل السريري لمنظمة الصحة العالمية، المراجعة التاسعة المصممة لخدمة أغراض إحصائية مختلفة بما في ذلك فهرسة المستشفيات.

تصنيف الإجراءات

يجب ترميز جميع الملفات الطبية للمرضى الذين تم علاجهم في كل من العيادات الخارجية وأقسام المرضى الداخليين لتصنيف العملية من قبل قسم السجلات الطبية وفقًا لتصنيف الدولي للإجراءات (ICP). عادةً ما يستخدم برنامج المقارنات الدولية رقم 9 ليوم واحد لتشفير السجلات الطبية للإجراءات الطفيفة والرئيسية المنفذة.

الفهرسة اليدوية

أحد الوظائف المهمة لقسم السجلات الطبية هي تجميع بيانات رعاية المرضى من السجلات الطبية. هذا يعني أن بعض المعلومات حول رعاية المرضى يتم استخراجها من السجلات الطبية ونشرها على أوراق دفتر الأستاذ أو البطاقات. تسمى طريقة النشر اليدوي في البطاقات بالفهرسة اليدوية.

الدليل يدوي يعني أنه يتم إدخال أرقام رمز المرض والإجراء على كل بطاقات مرضية أو فهرسة إجرائية مناسبة. يتم ترميز الحالات المرضية التي عولج بها المرضى ومن ثم نشرها على مجموعة من بطاقات الفهرس، والتي تشمل "مؤشر المرض" و "فهرس العمليات". بينما لا يزال هناك العديد من الفهارس التي يتم صيانتها يدويًا، إلا أن الاتجاه يكمن في زيادة حوسبة هذا النشاط.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفهرسة الآلية

العديد من مرافق الرعاية الصحية تدرس إدراج ترميز المرض والإجراءات في نظام معالجة البيانات خاصتهم. يجب تصميم الملخصات لتتوافق مع إجراءات استرجاع المعلومات من السجلات الصحية للمرضى. يتم عادةً الترميز على الحاسوب لتقليل عبء العمل ولزيادة السرعة في حساب البيانات. رموز المرض والإجراءات هي أهم الفهارس التي يجب الاحتفاظ بها في القسم. يجب ألا يكون مساعد السجل الطبي فردًا قادرًا فحسب، بل يجب أن يكون دقيقًا جدًا في عمل الإدخالات. قد يتم تصميم أنظمة الترميز بفعالية للدخول المحوسب إلى نظام معالجة البيانات. يمكن كتابة البرامج لاستخراج المعلومات والمطبوعات الروتينية؛ ومع ذلك، ينبغي اعتبار احتياجات الأشخاص الذين يستخدمون المعلومات المخزنة ذات أهمية قصوى. يجب تجميع معلومات المرضى ذات الصلة على المطبوعات معًا لسهولة استرجاعها.

مراقبة الترميز

يجب أن يكون هناك طريقة للتأكد من أن كل سجل تم ترميزه. يمكن وضع سجلات طبية يتم التخلص منها يوميًا على مكتب الشخص المرز في وقت محدد. يمكن إجراء الترميز بعد أن يستكمل الطبيب السجل ويتم فحصه للتأكد من اكتماله بواسطة مساعد السجلات الطبية. ويعتبر الترميز هو الخطوة الأخيرة قبل إرسال السجلات الطبية إلى منطقة حفظ الملفات. فالترميز غير الصحيح؛ وكذلك المصطلحات غير الصحيحة؛ يؤدي إلى فقد المواد البحثية. من الناحية المثالية، يمكن تعيين مساعدين أو اثنين من مساعدي السجلات الطبية حصريًا للقيام بكل عمليات الترميز لأن هذا يحدد المسؤولية عن العمل ويجب أن يؤدي إلى ترميز أكثر اتساقًا.

مراقبة الجودة في الترميز

لا يتم استخدام رمز التشخيص والإجراءات ببساطة لتوفير بيانات لأبحاث الطبيب. بمجرد اختيار نظام التصنيف المناسب وتطبيقه في مرفق للرعاية الصحية، من المهم للغاية أن يتم استخدام تدابير مراقبة الجودة الداخلية المستمرة لضمان دقة المعلومات التي تم جمعها. بسبب الاستخدام الواسع للمعلومات المسجلة، من الضروري أن تكون عمليات التشخيص المرمزة دقيقة ويمكن استرجاعها بسهولة.

يجب أن تصف الرموز المستخدمة حالة المريض وعلاجه بشكل نهائي كما سيسمح نظام التصنيف. ويجب أن يكون تصنيف الأمراض والإجراءات دقيقًا في ثلاث مجالات - يجب أن تصنف الرموز الفردية معلومات المريض بشكل صحيح وفقًا لنظام التصنيف المستخدم. يجب أن تعكس مجموعة أرقام الرموز لكل مريض إجمالي حالته الطبية في وقت العلاج. وأخيرًا، يجب تعيين أرقام

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الرموز بالتسلسل المناسب لتعكس السبب الرئيسي لحلقة الرعاية وأي عمليات تشخيص وإجراءات ثانوية تسهم في ذلك.

ملخص

أصبح نظام تقديم الرعاية الصحية الخاص بنا أكثر تخصصًا، لذا تم تطوير أنظمة تصنيف التخصص لاستخدامها في تسجيل المعلومات الإحصائية الطبية القيمة. غالبًا ما تتطلب مؤسسات الرعاية الصحية من فني السجلات الطبية اتخاذ قرارات فردية بشأن نظام التصنيف المناسب للاستخدام. يجب على فني السجلات الطبية مواكبة التغييرات والابتكارات في أنظمة الترميز المنشورة باستمرار. لا يوجد تصنيف واحد يلبي احتياجات الجميع. التقييم الدقيق لاحتياجات المنشأة وتحديث المعرفة بإمكانيات التشفير سوف يؤدي إلى اختيار نظام ترميز مناسب من قبل مؤسسة الرعاية الصحية.

يواجه فني السجلات الطبية تحديًا مستمرًا مواكبة التغييرات التي تؤثر على وظيفة الترميز. يستمر حجم ونوع البيانات التي يتم تخزينها لإقامة كل مريض في الارتفاع. يزداد عدد المستخدمين المحترفين للبيانات المخزنة يوميًا. يتم تقديم ابتكارات معالجة البيانات بانتظام لمساعدة المهنيين في السجلات الطبية في استرجاع المعلومات المطلوبة وتخزينها بكفاءة. من الضروري لمهني السجل الطبي متابعة التطورات حتى يتسنى إجراء عمليات التكيف المستمرة للتغيير في جمع البيانات على نحو سلس قدر الإمكان.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- يعد تصنيف الأمراض والإجراءات أحد أهم وظائف قسم السجلات الطبية.
- الترميز هو ترجمة الأوصاف السريرية للأمراض والإصابات والإجراءات إلى رموز رقمية.
- يتم الترميز من أجل تجميع الظروف والإجراءات المتشابهة لجدول الإحصاء.
- من أجل تطوير أفضل نظام ممكن لتقديم الرعاية الصحية مع مكونات وقائية وعلاجية وأولية وتأهيلية، من الضروري الحصول على معلومات شاملة عن المراضة والوفيات.
- يجب ترميز جميع الملفات الطبية للمرضى الذين يتم علاجهم في كل من العيادات الخارجية وقسم المرضى الداخليين لتصنيف الأمراض من قبل قسم السجلات الطبية وفقًا لأحدث تصنيف دولي للأمراض.
- يسرد مؤشر المرض والأمراض والظروف ويسرد مؤشر العمليات الجراحية والإجراءات وفقًا لنظام التصنيف أو أرقام الرموز.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• أخيراً، يجب تعيين أرقام الرموز بالتسلسل المناسب لتعكس السبب الرئيسي لحلقة الرعاية وأي تشخيصات وإجراءات ثانوية تسهم في ذلك.

تمرين الطالب

أجب عن التالي:

1. ما هو الترميز؟ لماذا نحتاج إلى رمز؟
2. ناقش استخدام ICD-9-CM في مجال طب العيون؟ اشرح كيف يختلف هذا عن ICD-10.
3. اشرح تصنيف الأمراض والعمليات المعتمدة في كتاب التصنيف الدولي للأمراض؟
4. اذكر العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار عند تصميم بطاقة الفهرس اليدوية؟
5. ناقش الطريقة المعتمدة لتقييم جودة وظيفة الترميز؟

الفصل الثاني عشر

التعامل مع السجلات الطبية القانونية

Handling Medico Legal Records

المقدمة

مع التقدم في المعرفة الطبية وتعقيد العلاج الطبي والجراحي الحديث، يُعد السجل الطبي الدقيق والكافي ضروريًا كمرجع موثق لعلاج المريض، أثناء وجوده في المستشفى. كل سجل طبي يكشف عن معلومات محورها المريض. فالمريض هو المستفيد من الرعاية الطبية التي يقدمها له فريق يتكون عادة من الطبيب والممرضة والفني الطبي المساعد. يقدم الفريق هذه الرعاية للمريض في المستشفى. جميع أنشطة الفريق هي لصالح المريض ويتم تسجيل ذلك، مما يجعل وجود سجل طبي بالمستشفى ممكنًا.

يقوم المستشفى بتجميع وحفظ السجلات الطبية لصالح المريض، وكذلك حماية المستشفى والطبيب. ومع ذلك، فإن البيانات الشخصية الواردة فيه، والتي تعتبر سرية، هي مصلحة ملكية للمريض. بالإضافة إلى الاحتفاظ بها لصالح المريض، يتم الاحتفاظ بالسجلات الطبية أيضًا كدليل للمستشارين، لتعليم الطلاب الجامعيين وطلاب الدراسات العليا، ولتدريب الممرضات، وللبحث الإحصائي الطبي، ولحماية الطبيب، موظفي المستشفى والمستشفى ضد الانتقادات الجائرة. عندما تستقبل المستشفى مريضًا، فإنها تبرم عقدًا غير مباشر لتقديم الخدمات اللازمة في رعاية المريض وعلاجه. هذا يستلزم الاحتفاظ بسجل زمني للعناية والعلاج المقدمين من قبل الموظفين.

السجلات الطبية كوثيقة قانونية^(1,17,30,32,35,48)

بصرف النظر عن الاستخدامات التي يتم بها وضع السجلات الطبية في التشغيل الطبيعي للمستشفى، لا يمكن المبالغة في التأكيد على أهميتها من الناحية القانونية. السجلات الطبية ليست ملكًا للمريض ولا الطبيب، بل ملك للمستشفى. ليس للطبيب أي حق قانوني في تحديد من يُسمح له بفحص السجل، على الرغم من أنه يجوز طلب إذنه على سبيل المجاملة. ما لم يكن المريض غير كفء عقليًا، لا يحق للآخرين فحص السجل.

كما هو الحال في العلاقات المهنية، تُعتبر الاتصالات بين المريض وطيبه وسائل اتصال مميزة وسرية. يمتد الامتياز إلى سجلات المستشفى التي تحتوي على معلومات تمكن الطبيب من علاج المريض. وبالتالي، يجب إتاحة السجلات بموافقة المريض وأنه يجب الحصول على هذه الموافقة كتابيًا.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الاتصالات السرية

غالبًا ما تتعلق المشكلة الطبية القانونية بمدير المستشفى، ولكن يتم نقلها بعد ذلك إلى مسؤولية موظفي قسم السجلات. إذا لم يكن هناك قسم للسجلات الطبية، فإن هذه المسؤولية تقع عادة على عاتق المدير الطبي. إن معالجة القضايا القانونية الطبية هي مشاكل يومية ومن الضروري أن يحدد المسؤول بوضوح السياسات التي تحكم إصدار المعلومات السرية؛ يجب حماية السجل الطبي بأمان من عمليات التفتيش غير المصرح بها. يستخدم السجل الطبي كوثيقة شخصية أو غير شخصية.

وثيقة شخصية

كوثيقة شخصية، يتم استخدام السجل لتعريف المريض بتاريخ مرضه والنتائج الجسدية والعلاج المقدم للفرد. المعلومات سرية ولا يجوز إصدارها لأي شخص دون إذن المريض. ومع ذلك، ينبغي أن يُسمح للمحامين وممثلهم القانونيين، من أجل تحقيق مصلحة المتوفى، بالوصول إلى السجل لأداء واجباتهم. لا يُسمح بهذا الوصول إلى السجلات إلا بعد تقديم دليل على الصلاحية.

لا يحق لأقارب المريض ولا لأصدقائه، ولا حتى للزوج أو الزوجة، مراجعة أي سجل ما لم يتم الحصول على إذن من المريض. يجب أن يكون الترخيص مكتوبًا دائمًا ويجب أن يتم حفظه مع السجل مع نسخة كربونية من المعلومات التي تم إصدارها.

يجب الاعتراف بأنه إذا تم استدعاء سجل، فيجب تقديمه في المحكمة. عادة ما يكون أحد أعضاء المستشفى أو قسم السجلات الطبية يمثل المستشفى في إبراز السجل في المحكمة. يوصى بإبقاء صورة ضوئية للسجل في المستشفى وإرسالها إلى المحكمة. في الماضي، وفي بعض الأحيان، عندما تريد المحكمة الاحتفاظ بنسخة من السجل الطبي المرسل إلى المحكمة، لفترة زمنية غير محددة، أو بشكل دائم. ففي مثل هذه الحالة، يتم تقديم نسخة مصدقة عن الأصل حسب الأصول من السجل الطبي وعندها تفي بالغرض.

إذا كان يجب قبول المريض تحت رعاية طبيب ثانٍ، فيُسمح للطبيب الثاني بالوصول إلى سجل العلاج السابق في المستشفى. إذا تم إدخال المريض لاحقًا إلى مستشفى آخر، فيمكن إرسال ملخص بناءً على طلب من المستشفى أو الطبيب. في مثل هذه الحالة، لا يعتبر الترخيص بإرسال السجل الطبي ضروريًا في العادة، حيث يتم إصدار المعلومات لمصلحة تحسين رعاية المرضى.

إذا طلب المريض شخصيًا معلومات من سجله الخاص، فليس من مصلحة المريض دائمًا معرفة جميع التفاصيل المتعلقة بمرضه. إنها سياسة حكيمة، في كل هذه الحالات، لا بد من استشارة الطبيب. ومع ذلك، من المشكوك فيه ما إذا كان المستشفى له ما يبرره في رفض المعلومات

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

للمريض حتى ضد نصيحة الطبيب المعالج. يجب دائمًا مراعاة أن القوانين تختلف من بلد إلى آخر وحتى من ولاية إلى أخرى، وبالتالي، ينبغي أن يتعرف الشخص على المتطلبات القانونية لدولة معينة. وثيقة غير شخصية

كوثيقة غير شخصية، يمكن استخدام السجل للبحث أو الدراسة. لا يجب ممارسة مثل هذه التنبهات كما هو الحال عند استخدامها كمستند شخصي لأنه لا علاقة له بالمريض كفرد. علاوة على ذلك، يتم استخدامه على هذا النحو فقط من قبل الأطباء وطالب الدراسات العليا والدراسات العليا والمرضى والموظفين المساعدين الطبيين، وجميعهم ملزمون بقواعد السرية المهنية. ليس للنشر، ليس من الضروري الحصول على إذن من الطبيب المعالج لاستخدام السجل، على الرغم من أن ذلك يتم على سبيل المجاملة.

السجل الطبي، كنظام في العمل، هو ملك للمستشفى. تعتبر البيانات الشخصية الموجودة في السجل بمثابة اتصال سري يكون للمريض فيه مصلحة قابلة للحماية. يتم تجميعها وحفظها وحمايتها من التفتيش غير المصرح به لصالح المريض والمستشفى والطبيب. عند إصدار أي معلومات، يجب أن يتأكد قسم السجل الطبي مما إذا كان السجل سيستخدم كوثيقة غير شخصية أو وثيقة شخصية.

إذا كان لاستخدامها كمعلومات شخصية، فيجب الحصول على إذن كتابي من المريض أو ممثله المفوض. إذا كان السجل سيستخدم داخل المستشفى لأغراض ضمان الجودة، أو التعليم المستمر، أو البحث أو أي تحقيقات علمية أخرى، فليس من الضروري الحصول على إذن من المريض أو من الطبيب المعالج، ما لم يتم نشر المعلومات. في مثل هذه الحالة، من المستحسن تأمين موافقة الطبيب المعالج.

نظرًا لاستخدام السجل الطبي بشكل متكرر كدليل في المحكمة، فإنه يمكن أن يكون بمثابة حماية للطبيب والمريض في المستشفى، فقط عندما يظهر بوضوح العلاج المقدم للمريض ومن قام بالمعالجة ومتى تمت المعالجة. يجب أن تبين أن الرعاية والخدمات التي يقدمها المستشفى والطبيب كانت متوافقة مع الممارسة الطبية الجيدة.

السجل الطبي في المحكمة

إن تقديم المعلومات من السجلات الطبية كدليل في المحكمة هو أمر مناسب تمامًا. في الواقع، يتم الاحتفاظ بالسجل ليس فقط لتوفير المعلومات للأغراض الطبية والإدارية، ولكن أيضًا لأنه يحتوي على بيانات ذات قيمة أعلى للأفراد والمنظمات التي لديها حاجة مشروعة لمعرفة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

محتوياته. السجل عبارة عن تقرير زمني غير متحيز تم إعداده في سياق الأعمال الاعتيادية للمستشفى. ويتضمن السجل الطبي في المحكمة جانبيين، هما:

1. الاستدعاء

الاستدعاء هو أمر من المحكمة (الشكل 7-1). وهو مصمم ليسبب ظهور الشاهد وإعطاء الشهادة. إذا تم إهمال الطلب من قبل الشخص المستقيل، فسوف يكون تحت وطأة العقوبة لعدم قيامه بذلك. تجدر الإشارة إلى أن الاستدعاء يتطلب وجود الشاهد ليأتي مع بعض السجلات المحددة. يمكن اعتبار الشخص الذي صدر إليه أمر الاستدعاء ولم يحترمه بأنه ازدراء المحكمة، أو أن يقدم توضيحًا مقنعًا للأسباب التي أدت إلى عدم احترامه.

2. إعداد السجل الطبي للمحكمة

عند إعداد سجل طبي للتدقيق في قاعة المحكمة، ستكون الخطوات والإجراءات التالية مفيدة:

- بمجرد تلقي الاستدعاء، يجب فحص السجل الطبي للتأكد من اكتماله وتواجد جميع التقارير.
- يجب عدم تثبيت المواد غير ذات الطبيعة الطبية مثل خطاب المراسلات في السجل أو المجلد.
- تحقق من السجل للتأكد من اكتماله، ويمكن التعرف على التوقيعات والأحرف الأولى في كل ورقة تحتوي على اسم المريض ورقمه.
- قبل أخذ السجل الطبي من المستشفى إلى المحكمة، يجب ترقيم كل صفحة بالحبر؛ يجب تسجيل العدد الإجمالي للصفحات في المجلد.
- لتجنب الحاجة إلى ترك السجل الأصلي، يقوم العديد من فني السجلات الطبية بتصوير السجل والتقاط الصور مع السجل الطبي الأصلي عند الرد على استدعاء.
- عندما يتم ذلك، سيقبل العديد من قضاة المحاكمات النسخ بدلاً من السجل الطبي الأصلي بعد التعرف على الأخير بشكل صحيح.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الجوانب القانونية الأخرى

لكل مريض الحق في أن يقرر بنفسه العلاج أو الإجراءات التي سيتم إجراؤها على شخصه. بمجرد توضيح البدائل، يمكن التوصل إلى قرار ذكي للموافقة على أو رفض سبل المعالجة المقترحة. فيجب دائمًا الحصول على إذن كتابي من كل إجراء أو عملية جراحية يتم إجراؤها من المريض، أو من ممثل مناسب إذا كان المريض قاصرًا أو غير مؤهل قانونيًا بطريقة أخرى. لتكون صالحة، يجب أن تكون هذه الموافقة أو الإذن موافقة صريحة.

كما يجب أن يُدرج المريض أو المندوب كتابيًا أنه قد تم إخباره بما يجب فعله والمخاطر التي تنطوي عليها ونتائج الإجراء. إحداها هي الموافقة العامة على العلاج الطبي وعلاج المستشفى لتوقيعها عند دخول المريض إلى المستشفى. يجب أن يفي هذان النموذجان المستخدمان معاً بشروط الموافقة الصريحة طالما كان من الواضح أن المسؤولية تقع على عاتق الطبيب والجراح لإعطاء المريض معلومات كافية على مستوى يمكنه فهمه للسماح له بإصدار حكم صريح.

لا يمكن للأطفال الذين تقل أعمارهم عن الثامنة عشر الموافقة بشكل عام على العلاج الطبي الخاص بهم. يجب أن يوقع الوالد أو الوصي القانوني على الموافقة. من الممارسات الجيدة الحصول على موافقة والدي أي قاصر على تلقي العلاج الطبي أو الجراحي.

مغادرة المريض عكس المشورة الطبية

إذا خرج المريض بدون الموافقة الطبية للطبيب، فيجب الحصول على توقيع المريض أو أقرب قريب له في شكل محدد أو في مذكرات التقدم/المرضات. يجب إبلاغ المريض أو أقرب أقرباء بالنتائج أو المخاطر التي ينطوي عليها ذلك، والمستشفى غير مسؤول عن أي آثار ضارة.

في حالة رفض المريض أو أقرب قريب للتوقيع، يجب أن يوقع الطبيب سجلًا مكتوبًا مع بيان مكتوب وأن يشهد على النحو الواجب على الظروف والأسباب والتحذيرات من هذا المغادرة المبكرة دون استشارة الطبيب.

هروب المريض من القسم

يجب تسجيل المعلومات المتعلقة بفرار المرضى في ملف السجلات الطبية مع التفاصيل المتعلقة بتاريخ ووقت اكتشاف المريض في عداد المفقودين من جناح (الغرفة أو السرير). يجب على الطبيب المعالج تدوين وقت وتاريخ الحادث وتوقيع السجل الطبي وفقًا لذلك. يجب إبلاغ ضابط الأمن ومدير الحسابات بالحادث. يجب إبلاغ الأمر إلى أقرب مركز للشرطة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

إذن مغادرة المستشفى مؤقتاً

كسياسة عامة، يجب ألا يُسمح لأي مريض يدخل المستشفى بالمغادرة. وفقاً لتقدير الطبيب المعالج، يجوز السماح للمريض بمغادرة المستشفى مؤقتاً لمدة لا تزيد عن 12 ساعة. إذا سمح بذلك وفشل المريض في العودة في غضون 12 ساعة، فيجب أن يعامل كخروج من المستشفى وعمل والإدخالات اللازمة في السجل مع إشارة مناسبة إلى ضابط الأمن ومدير الحسابات.

في حالة المرضى، الذين يعودون وفقاً للجدول الزمني، يجب أن يتم إدخال القيود اللازمة لتاريخ ووقت المغادرة والعودة إلى الجناح في ملف المريض مع إشارة مسبقة إلى ضابط الأمن ومدير الحسابات.

سياسة الاحتفاظ بالسجلات الطبية

إنها حالة نادرة يكون فيها لدى فني السجل الطبي مساحة واسعة لتخزين السجلات الطبية. بالنسبة لمعظم الممارسين، هناك معركة لا تنتهي أبداً ضد الملفات المكتظة. يتعين على أخصائي السجلات الطبية في حالة التأهب وضع خطة رسمية لجدول الاحتفاظ بالسجلات من أجل النقل التلقائي للسجلات غير المؤهلة للتخزين غير النشط والاتلاف اللاحق للسجل الطبي نفسه. هذا يخفف من مشكلة تحديد ما يجب القيام به مع الملفات المكتظة مرة واحدة في السنة.

طول المدة التي يتم فيها الاحتفاظ بسجل طبي في تخزين نشط وغير نشط يعتمد إلى حد كبير على نوع مرفق الرعاية الصحية ونشاط الطاقم الطبي. عند وضع سياسة للاحتفاظ بالسجلات، يجب أن تسترشد مؤسسة الرعاية الصحية بأنشطتها الخاصة في مجال رعاية المرضى والأبحاث، مع مراعاة إمكانية اتخاذ إجراء قانوني في المستقبل من قبل المرضى. بناءً على هذه العوامل، يجب اتخاذ قرار بشأن سن السجل قبل وضعه في مخزن السجلات الطبية غير النشط أو البديل في منطقة أخرى من المنشأة.⁽⁴⁸⁾

السجلات الطبية غير النشطة

يجب وضع خطة محددة للتعامل مع السجلات الطبية غير النشطة لتوفير مساحة لحفظ الملفات النشطة المستمرة في التوسع. من الناحية العملية، فإن المعيار الرئيسي لتحديد عدم نشاط السجل هو مقدار المساحة المتاحة في القسم نفسه من أجل التخزين الفعال للسجلات الطبية الحديثة.

في إحدى أقسام السجلات، يمكن تعيين سجلات الأشخاص التي يبلغ عمرها خمس سنوات على أنها غير نشطة ووضعها في مكان منفصل، بينما في قسم آخر يعاني من نقص حاد في مساحة الإيداع، فإنه يمكن تعريف السجلات غير النشطة كسجلات عمرها عام واحد أو عامين

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

فقط. إذا لم يكن هناك مساحة أكبر للتخزين النشط للسجلات، فيجب بذل جهد للاحتفاظ بشكل منتظم بالسجلات القديمة إلى الحالة غير النشطة بنفس معدل إضافة السجلات الجديدة.

يمكن تخزين السجلات غير النشطة في منطقة أخرى من المنشأة؛ أو يمكن اتلافها أيضًا وفقًا لقوانين الاحتفاظ بالسجلات. يمكن إنشاء تخزين للسجلات غير النشطة في مناطق المنشأة منفصلة فعليًا عن إدارة السجلات الطبية. نظرًا لأن السجلات القديمة تتم إزالتها من الملفات النشطة، فيجب نقل القصاصات إلى الملفات غير النشطة والاحلال محلها. سيؤدي هذا إلى القضاء على البحث غير الضروري في منطقة التخزين غير النشطة.^(11,48)

اتلاف السجلات الطبية

اكتسب اتلاف السجلات الطبية غير النشطة عن طريق التمزيق أو الحرق شعبية كبيرة في السنوات الأخيرة، حيث تدرك مؤسسات الرعاية الصحية أن السجلات الطبية ذات العمر الأطول؛ ليس لها سوى القليل جدًا من المساهمة في أنشطة رعاية المرضى والبحث الحالية.

نادراً ما يُطلب من مستشفى أو مؤسسة رعاية صحية أخرى إنتاج سجلات طبية تزيد عن عشر (10) سنوات لأغراض سريرية، أو علمية، أو قانونية أو مراجعة. وفقًا لذلك، يوصى بالاحتفاظ بالسجلات الطبية الكاملة للمرضى في مؤسسات الرعاية الصحية عادة، إما في شكلها الأصلي أو استنساخها؛ وذلك لمدة عشر سنوات بعد أحدث استخدام لرعاية المرضى. بعد هذه الفترة، في حالة عدم وجود اعتبارات قانونية، قد يتم اتلاف هذه السجلات.^(1,6)

حماية المستهلك

منذ عام 2018، ظهر قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) إلى حيز الوجود؛ يجب أن يكون مقدمو خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الأطباء والممرضون والمسعفون وإدارة المستشفيات، حذرين للغاية في فهم المسؤوليات الكاملة التي يتعين عليهم الوفاء بها بالمعنى القانوني والإداري. يصبح هذا أمرًا حيويًا لضمان أن تكون الخدمات المقدمة قد تم توثيقها بشكل صحيح في سجلات المرضى لحماية الموظفين المشاركين في خدمة المستهلك. بعد سن قانون حماية المستهلك الذي وضع الخدمة الطبية أيضًا ضمن نطاق صلاحياته، تم رفع حالات الإهمال التي لا تعد ولا تحصى ضد المهن الطبية، من وجهة نظر صحية، فإن المريض الذي يحصل على الخدمات الصحية من العيادات والمؤسسة الصحية ودار رعاية المسنين، وما إلى ذلك، يعتبر مستهلك ويتم تعريف الخدمة بأنها الخدمة الطبية/الصحية من أي نوع يتم تلقيها من قبل المريض في أي مؤسسات صحية معترف بها، والعيادات، ودور رعاية المسنين من طبيب مؤهل، والتمريض، والمسعفين الطبيين.⁽²⁵⁾

يمكن تقسيم الإهمال الطبي بشكل واضح إلى فئتين في المقام الأول: بسبب عدم الكفاءة والإهمال، وثانياً: بسبب عدم الاحتفاظ بسجل منظم للمريض. سوء الممارسة الطبية بموجب القانون هو أكثر من مجرد خطأ في العلاج أو التشخيص، فالسجل الطبي هو المستند المرجعي الأساسي المستخدم في دعاوى سوء الممارسة الطبية.

إن السجل الجيد المنظم والمكتوب هو أفضل دفاع لمقدم الرعاية الصحية المختص. يعد السجل غير المكتوب وغير المنظم دليلاً قوياً على وجود مزود رعاية صحية غير كفء. إن سوء حفظ السجل الطبي ليس في حد ذاته دليلاً على الإهمال من جانب مقدم الرعاية الصحية، لكنه دليل على الرعاية المتدنية المستوى.

يكون الشخص الطبي الذي يقدم الخدمة المهنية مسؤولاً بموجب قانون المسؤولية الطبية والصحية، إذا كان دون مستوى الشخص الطبي الماهر في مجاله. وينص القانون على أن الأخصائي الطبي الممارس يجب عليه معالجة المريض الذي يحضر إليه، ويُخضّر عليه رفض معالجة المريض، لأن مسؤولية الأخصائي الطبي الممارس لا تتمثل في رفض المعالجة لأن مشاكل المريض لا علاقة لها بتخصصه، ولكن يتعين عليه توفير الحد الأدنى من الرعاية أو الاستشارات أو العلاج الممكن وإحالة المريض إلى المرافق الطبية المناسبة وتوثيق الحالة.⁽³⁰⁾

سوء الممارسة الطبية

سوء الممارسة الطبية مبنية على التناقض حول السجل الطبي. يُعتبر السجل الطبي السجل الموضوعي الأساسي لظروف المريض والرعاية المقدمة. السجلات مهمة بشكل خاص للدفاع عن الطبيب. يتحمل الطبيب مسؤولية حفظ السجلات الطبية لإثبات أن الإصابات لم تكن بسبب الإهمال.

إذا كان السجل غير مكتمل أو غير مقروء أو محتفظ به بشكل غير مناسب، فهذا هو فشل الطبيب. في حين أن المحاكم وهيئات المحلفين عادة ما تعطي للطبيب فائدة الشك في الأمور غير الواضحة، فإن هذا لا يمتد إلى الغموض الناتج عن حفظ السجلات غير المناسب. يتوقع من المهنيين الطبيين ممارسة وتقديم درجة معقولة من المهارة والمعرفة؛ وكذلك ممارسة درجة معقولة من الرعاية في علاج المرضى.⁽³⁰⁾

الخدمة المقدمة مجاناً

لا يوجد التزام للممارس الطبي بتقديم الخدمة المهنية مجاناً بموجب قانون المسؤولية الطبية والصحية لعام 2018، فالمريض غير المعقول -الذي لا يعاني من امراض- ليس مستهلكاً

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

للاستفادة من الخدمات الطبية مجانًا. والمريض الذي يخضع للعلاج الطبي في المستشفى الذي يحصل على خدمة الطبيب مجانًا، ليس مستهلكًا.⁽³⁰⁾

ملخص

يعد السجل الطبي ملكًا للمستشفى، في حين أن المعلومات الواردة في السجل تعتبر بمثابة اتصال سري يكون للمريض فيه مصلحة ملكية. يتم تجميعها وحفظها وحمايتها من التفتيش غير المصرح به لصالح المريض والمستشفى والطبيب. عندما تتم كتابة صفحات البيانات في مصلحة علاج المريض، فقد يعني ذلك هدرًا للورق. لكن من الواضح أن كل عبارة يتم الإدلاء بها في السجل الطبي للمستشفى هي حقيقة ذات صلة يمكن تقديمها كدليل في محكمة قانونية.

عند إصدار أي معلومات، يجب على قسم السجلات الطبية التأكد من استخدام السجل كوثيقة غير شخصية أو مستند شخصي. إذا كان لاستخدامها كمعلومات شخصية، فيجب الحصول على إذن كتابي من المريض أو ممثله المفوض. إذا كان السجل سيستخدم داخل المستشفى لأغراض ضمان الجودة، أو التعليم المستمر، أو البحث أو أي تحقيق علمي آخر، فليس من الضروري الحصول على إذن من المريض أو من الطبيب المعالج ما لم يتم نشر المعلومات. في مثل هذه الحالة، من المستحسن تأمين موافقة الطبيب المعالج.

نظرًا لأن السجل الطبي نفسه يجب استخدامه كثيرًا كدليل في المحكمة، فإنه يمكن أن يكون بمثابة حماية للمستشفى والطبيب والمريض، وذلك يكون فقط عندما يظهر بوضوح العلاج الذي يتم تقديمه للمريض ومن قام بإعطائه وعند تقديمه. يجب أن تبين أن الرعاية والخدمات التي يقدمها المستشفى والطبيب كانت متوافقة مع الممارسة الطبية الجيدة. على نفس المنوال، قد يثبت السجل أنه سلاح قوي ضد المستشفى أو الطبيب في إجراء من قبل المريض. يمكن منع أي نقص يؤدي بشكل غير مباشر إلى الإهمال وسوء التصرف وتقليل المخاطر التي يتعرض لها المريض إلى الحد الأدنى ويحمي الأطباء من دعاوى سوء التصرف.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- يقوم المستشفى بتجميع وحفظ السجلات الطبية لصالح المريض، وكذلك حماية المستشفى والطبيب.
- السجلات ليست ملكًا للمريض ولا للطبيب، بل ملك للمستشفى.
- معالجة القضايا القانونية الطبية هي مشاكل يومية ومن الضروري أن يتم تحديد السياسات التي تحكم إصدار المعلومات السرية بوضوح من قبل المسؤول.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- كوثيقة شخصية، يتم استخدام السجل لتعريف المريض بتاريخ مرضه والنتائج الجسدية والعلاج المقدم للفرد. المعلومات سرية ولا يجوز إصدارها لأي شخص دون إذن المريض
- كوثيقة غير شخصية، يمكن استخدام السجل للبحث أو الدراسة. علاوة على ذلك، يتم استخدامه بهذه الطريقة فقط من قبل الأطباء والجراحين وطالب الدراسات العليا والممرضين والموظفين المساعدين الطبيين، وجميعهم ملزمون بقواعد السرية المهنية
- يتم الاحتفاظ بالسجل ليس فقط لتوفير المعلومات للأغراض الطبية والإدارية، ولكن أيضاً لأنه يحتوي على بيانات ذات أعلى قيمة للأفراد والمنظمات التي لديها حاجة مشروعة إلى معرفة محتوياته
- أمر الاستدعاء هو أمر من المحكمة يهدف إلى التظاهر أمام الشهود وأمام محكمة أو ضابط معين في وقت محدد وإعطاء شهادة
- يجب دائماً الحصول على إذن كتابي من كل إجراء أو عملية جراحية يتم إجراؤها من المريض، أو من ممثل مناسب إذا كان المريض قاصراً أو غير مؤهل قانونياً بطريقة أخرى.
- يعتبر المريض الذي يدفع مقابل تلقي الخدمات الصحية من مؤسسة صحية هو "المستهلك" وتعرف "الخدمة" على أنها خدمة صحية من أي نوع يتم تلقيها من قبل المريض في أي مؤسسة صحية معترف بها من قبل طبيب مؤهل في المجال الطبي أو التمريضي أو المسعف.
- السجل الجيد التنظيم والمكتوب هو أفضل دفاع لمقدم الرعاية الصحية المختص. يعد السجل غير المكتوب وغير المنظم دليلاً قوياً على وجود مزود رعاية صحية غير كفء.

تمرين الطالب

أجب عن التالي:

1. ماذا تقصد بالاتصال السري؟ اشرح الظروف التي يتم فيها استخدام السجل الطبي كوثيقة شخصية وغير شخصية؟
2. اذكر الخطوات التي اتخذت في إعداد السجل الطبي للمريض للدخول في إجراءات المحكمة استجابةً لاستدعاء؟
3. اشرح أهمية الحصول على موافقة صريحة وموافقة العملية من المريض؟ ما هي المشاكل القانونية التي قد تنشأ عندما نفشل في القيام بذلك؟
4. ما هو الإهمال الطبي؟ وما دور حماية المستهلك في مثل هذه المناسبة؟
5. اشرح كيف ستعمل على تعطيل أو التخلص من السجلات الطبية بناءً على سياسة المستشفى؟

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل الثالث عشر

سلامة وأمن السجلات الطبية

Safety and Security of Medical Records

المقدمة

تشارك منظمة المستشفى وموظفوها الأفراد في المسؤولية عن أفضل رعاية ممكنة للمريض. للوفاء بهذا الالتزام، يتم تحميل المستشفى والموظفين على حد سواء بعض الالتزامات الأخلاقية المتبادلة لحماية المعلومات السرية المتعلقة بالمرضى والمستشفى؛ لتجنب القيل والقال وانتقاد المستشفى في الأماكن العامة؛ لتطوير روح من الود المتبادل مع زملاء العمل، وأن يكون مهنياً امام الجمهور. وبالتالي فإن المستشفى مسؤول عن توفير السلامة والأمن الكافيين لمنع الوصول إلى السجل الطبي للمريض من قبل أشخاص غير مصرح لهم أو حماية السجلات من وقت بدء انشاء السجل.

السلامة للموظفين

تعتبر عوامل السلامة أحد الاعتبارات المهمة في منطقة الملفات، ويجب نشر قواعد السلامة بشكل واضح. فالوقاية من السقوط تعتبر ذات أهمية قصوى، لا سيما عندما يعمل الموظفون مع الأرفف العلوية في وحدات الأرفف المفتوحة. السلالم المضادة للانزلاق والكراسي من النوع الصلب هي استخدام حكيم. يجب تركيب رفوف الحفظ وأجهزة المعدات الميكانيكية الأخرى جيداً لتجنب الحوادث. قد يكون هناك أرفف تسحب في وحدة تخزين السجلات أو عربات من نوع ما للمساعدة في معالجة السجلات داخل منطقة حفظ الملفات. الإضاءة الكافية تقلل من إجهاد العين. يعد التكييف المناسب للهواء فيما يتعلق بدرجة الحرارة والرطوبة والتحكم في الغبار ضرورياً لمنع الحرائق وزيادة إنتاجية الموظفين. ينبغي اتخاذ تدابير السلامة اللازمة من أجل رفاهية كل من موظفي القسم وزوار القسم.

حفظ السجلات

لحفظ السجلات الطبية بشكل جيد؛ لا بد من توفير واتباع بعض الإجراءات المهمة التي تضمن الحفظ الجيد للسجلات الطبية، وهي:

أغطية واقية للسجلات الطبية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

من أجل الحفاظ على محتويات وثائق السجل الطبي سليمة وحماية الأوراق من التمزيق ومن آثار المعالجة المتكررة، يجب أن يكون للسجلات الطبية أغطية واقية. بعض الخيارات الشائعة هي أغطية المخططات ومجلدات الملفات ومجلدات السجل هي خيارات شائعة.

• يمكن شراء مجلدات السجل بأرقام مطبوعة مسبقًا على الغلاف، مما يوفر مظهرًا واضحًا ومقروءًا.

• يجب أن يظهر اسم المريض وكذلك رقم المستشفى في المجلد أو الغلاف.

• تتيح قائمة السنوات المتسلسلة المطبوعة أفقيًا على الجانب الأيمن الأمامي للمجلد التحقق من سنة التسجيل الأحدث وجعل عملية تطهير السجلات غير النشطة عملية سهلة.

اختيار الورق والحبر

للمحافظة على السجلات الطبية -إما لفترة طويلة، على سبيل المثال لأكثر من 10 سنوات، أو بشكل دائم- فإن اختيار الورق أو الحبر يلعب دورًا مهمًا في حفظها.

أجواء غرفة السجلات

تعريض السجلات لمناخ حار وجاف، والهواء الراكد، أو أشعة الشمس المباشرة أو الحرارة، وتراكم الغبار والرطوبة، يؤدي إلى التلف. وبالتالي؛ ينبغي اتخاذ الترتيبات اللازمة للتهوية المتقطعة وتوفير عدد كاف من المراوح الكهربائية/ مكيفات الهواء والمراوح لضمان دوران الهواء بشكل جيد. حيث أن إزالة الغبار عن السجلات بانتظام بمساعدة المكانس الكهربائية أمرًا ضروريًا للحفاظ عليها نظيفة ومرتبطة.

الحماية من هجوم الحشرات

يمكن منع إصابة السجلات بإضرار الحشرات عن طريق الفحص الدوري للأرضيات والجدران والعناية بعيوب بسيطة، باستخدام مساحيق مبيدات الحشرات أو البخاخات والنافثالين. أثناء استخدام السوائل، يجب توخي الحذر لمعرفة أن السجلات الموجودة على الرفوف لا يتم رشها مباشرة، حيث قد تلوث السجل أو تتلفه.

أثناء تبخير غرف التسجيلات، يجب استخدام فقط تلك المواد التبخرية، التي ليس لها أي تأثير ضار على الورق ومواد التسجيل الأخرى. يجب ألا تظل رفوف الإيداع على اتصال وثيق مع الجدران الرطبة لتجنب تلفها من قِبَل الحشرات. كما يجب تثبيت الحامل على بعد 5 انشات على

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الأقل من الحائط. نظرًا لأن الرفوف الخشبية تجذب النمل الأبيض، يفضل رفوف الفولاذ المغلقة في حفظ السجلات الطبية.

تدابير السلامة ضد الحريق في غرفة السجلات

للحماية من الحريق، لا بد من اتخاذ عدّة إجراءات، وهي:

- يجب حماية قسم السجلات الطبية بأكمله، وخاصة منطقة حفظ السجلات وصور الأشعة السينية، من الحريق.
- يجب حفظ المستندات الهامة مثل القضايا القانونية الطبية في خزائن "مقاومة للحريق".
- يجب تغطية جميع الأسلاك الكهربائية لتجنب الدائرة القصيرة.
- يجب حظر التدخين وإضاءة أعواد الثقاب وحمل الشعلة المفتوحة وتخزين المواد الكيميائية في غرفة التسجيلات.
- يجب أن تعمل جميع الأسلاك الكهربائية عبر قناة ويجب أن تكون النوافذ وأجهزة التهوية مزودة بإطارات سلكية.
- يجب أيضًا تثبيت عدد كافٍ من طفايات الحريق في جميع المواقع المناسبة.

التحكم في درجة الحرارة والرطوبة

- درجة الحرارة والرطوبة النسبية للغلاف الجوي فوق 32 درجة مئوية تؤدي إلى نمو وانتشار الآفات مثل الديدان الخطافية والسمك الفضي والصراصير والنمل الأبيض ومجموعة متنوعة من الفطريات. تتراوح درجة الحرارة الأنسب لحفظ الورق ومواد التسجيل الأخرى بين 22-25 درجة مئوية.
- لا يمكن تنظيم درجة الحرارة والرطوبة في النطاق أعلاه إلا بمساعدة محطة تكييف الهواء.
- يتم أيضًا التخلص من جزيئات الغبار الثقيل في نظام مجرى الهواء.
- يجب أيضًا تقليل أشعة الشمس المباشرة لأنها تلحق الضرر بالسجلات.
- مع ذلك، ستذهب كل المساعي للحفاظ عليها وتخزينها على النحو الصحيح دون جدوى إذا لم يتم مراعاة الرعاية في التعامل مع السجلات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

أمن السجلات الطبية

يجب أن تبدأ سياسات الكشف عن محتويات السجل الطبي بمجموعة من المبادئ الأساسية. تتعلق هذه المبادئ الأساسية بتفرد السجل الطبي: السرية وإمكانية الوصول وأمن المستشفيات. السجلات الطبية للمستشفى المحفوظة لصالح المريض والطبيب والمستشفى تعتبر ملكاً للمستشفى.

السرية والكشف

- يحق للمريض أن يتوقع معاملة السجلات المتعلقة برعايته على أنها سرية، وأن المستشفى يتحمل مسؤولية حماية سجلاته من الكشف غير المصرح به.
- وفقاً للأحكام القانونية السارية، يجوز للمستشفى تقييد إزالة السجلات الطبية من الأرفف أو من مكانها، وتحديد من يمكنه الوصول إلى محتوياتها، وفرز المعلومات التي قد يتم الكشف عنها.

إمكانية الوصول

- يجب استخدام السجلات الطبية داخل المستشفى فقط من قبل الموظفين المعتمدين على أساس الحاجة إلى المعرفة.
- يجب أن يتم تفويض مسؤولية الكشف عن معلومات السجل الطبي من قبل المستشفى، مع أو بدون تصريح من المريض إلى مدير المستشفى الذي يتعرف على الحالات العرضية التي تتطلب مشورة الطبيب أو محامي المستشفى.
- يجب على المستشفى توفير الأمن لحماية السجلات الطبية ووضع السياسات الداخلية لتوفير الاستخدام السليم حسب الحاجة لتنفيذ المهام داخل المستشفى.
- يعتمد الوصول إلى السجل الطبي دون إذن كتابي من المريض على سبب الطلب.

أمن المستشفى

- يتحمل مسؤول المستشفى مسؤولية وضع وتنفيذ تدابير أمنية تحمي بشكل معقول كل من السجلات الطبية ومحتواها المعلوماتي، سواء في صورة ورقية أو في شكل محوسب، ضد الفقد، أو التلف، أو التغيير أو الكشف غير المصرح به.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يجب إطلاع جميع العاملين في المستشفى على مسؤوليتهم في الحفاظ على سرية معلومات السجلات الطبية والإجراءات التأديبية التي يمكن اتخاذها للكشف غير المصرح به لمعلومات تعريف المريض.

تفويض المريض

- لا يتطلب استخدام السجل الطبي السابق للمريض، سواء للمرضى الداخليين أو الخارجيين، من قبل الطبيب وغيره من أطباء المستشفى المشاركين في رعاية هذا المريض في المؤسسة التي تحتفظ بالسجل الحصول على إذن موقع من المريض لأن الموافقة على هذا الاستخدام ليست إلزامية.
- الكشف عن المعلومات الطبية في حالة الإحالة المباشرة أو نقل المريض إلى مؤسسة أخرى لا يتطلب تفويضًا موقعًا من المريض. في هذا الحدث، يصبح من الضروري الكشف عن محتويات سجل تلك المؤسسة.
- قد تكون التراخيص المكتوبة من المريض ضرورية بموجب بعض المتطلبات التنظيمية. يتمثل أحد أغراض الحصول على ترخيص جيد للكشف عن معلومات السجل الطبي في الإشارة إلى المريض أو المحامي الذي يتصرف نيابة عنه، ما هو الموضوع الذي يُصرح للكشف عنه للشخص أو المنظمة التي ستلقى المعلومات.

برامج الدراسة والبحث

- تحدد قواعد المستشفى مدى السماح للأطباء وغيرهم من الموظفين المحترفين الذين يتمتعون بحالة جيدة لاستخدام السجلات الطبية للدراسة والبحث، ويجب أن يصفوا الظروف التي تتطلب إذن المريض لهذا الاستخدام.
- يجب على أي شخص يستخدم السجلات الطبية للدراسة والبحث مشاركة مسؤولية حماية سرية السجلات الطبية، مع ضمان توافر السجلات الطبية لغرض رعاية المرضى في جميع الأوقات.

سياسات الإفصاح الخارجي

- بدون إذن المريض، يجب توفير الوصول إلى السجل الطبي فقط على أساس الحاجة إلى المعرفة، بما في ذلك ضرورة القيام بمهام إدارية خارجية أو داخلية.
- يمكن أن يتم الكشف عن محتوى السجلات الطبية فقط من قبل مدير المستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- يجب على المستشفى وضع سياساته الخاصة للكشف عن معلومات السجلات الطبية لتلبية الطلبات المختلفة من الخارج، مثل: شركات التأمين الشركات التي تربطها بالمستشفى ووكالات خارجية مصرح لها بتلقي المعلومات.
- يجب أن تتضمن سلطات المستشفى رسوم خاصة مقابل تزويد نسخ من السجلات الطبية.

ملخص

السجل الطبي للمستشفى ليس مجرد مجموعة من الأوراق التي تروي حكاية حالة المريض تحت رعاية طبيبه في المستشفى. إنه مستند للمريض ويتم استخدامه بشكل متكرر في المحكمة. يمكن أن توفر الحماية للمستشفى والطبيب والمريض فقط عندما يظهر بوضوح العلاج المقدم للمريض ومن قبل من ومتى. يتم تجميع السجل الطبي وحفظه وحمايته من التفتيش غير المصرح به لصالح المريض، والطبيب والمستشفى وموظفيه. يتم إدخال الكثير من البيانات في السجلات الطبية. بالنسبة للبعض قد يعني هدر الورق. لكن، من الواضح أن كل عبارة يتم الإدلاء بها في السجل الطبي للمستشفى هي حقيقة ذات صلة يمكن تقديمها كدليل في محكمة قانونية. وبالتالي فإن المستشفى مسؤول عن توفير السلامة والأمن الكافيين لمنع الوصول إلى السجل الطبي للمريض من قبل أشخاص غير مصرح لهم أو حماية السجلات من الطبيعة من وقت بدء السجل.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- تعتبر عوامل السلامة أحد الاعتبارات المهمة في منطقة الملفات ويجب نشر قواعد السلامة بشكل واضح.
- التكييف المناسب للهواء فيما يتعلق بدرجة الحرارة والرطوبة والتحكم في الغبار ضروري لمنع الحرائق وإنتاجية الموظفين.
- لحماية الأوراق من التمزق ومن آثار المناولة المتكررة، يجب أن تحتوي السجلات الطبية على أغطية واقية.
- يجب حفظ المستندات الهامة مثل تلك المتعلقة بالقضايا القانونية الطبية في خزائن "مقاومة للحريق".
- يجب أن يكون جميع المسؤولون والعاملون في المستشفى مدركين لمسؤوليتهم في الحفاظ على سرية معلومات السجل الطبي والإجراءات التأديبية التي يمكن اتخاذها للكشف غير المصرح به لمعلومات تعريف المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• يجب على المستشفى وضع سياساته الخاصة للكشف عن معلومات السجلات الطبية لتلبية الطلبات المختلفة من الخارج مثل الأفراد أو الوكالات الخارجية أو المنظمات المصرح لها بتلقي المعلومات.

• يجب أن يحتفظ المستشفى إما بالأصل أو بنسخ من تصريح الكشف عن المريض، والذي يجب إتاحته للفحص من قبل المريض

تمرين الطالب

أجب عن التالي:

1. ناقش تدابير السلامة التي يجب اتخاذها لصالح المريض والمستشفى.
2. اشرح بالتفصيل حول الحفاظ على السجلات الطبية.
3. وضع سياسات وإجراءات السجلات الطبية لإصدار معلومات سرية للمرضى وممثلهم المعتمدين ووكالات الطرف الثالث وشركات التأمين.
4. ناقش الإجراءات الواجب اتباعه أثناء الكشف عن محتويات مستند السجل الطبي إلى مستشفى آخر حيث يتلقى المريض العلاج.

Problems Related to Medical Records and Management

المقدمة

تعد شكوى المريض في السجلات الطبية واحدة من أفضل الفرص لتحويل مريض غير سعيد إلى زبون مخلص. حتى أكثر المرضى غير الراضين يمكن أن يصبحوا سفراء، ويفوزون بمريض جديد للمؤسسة عن طريق الترويج الشفهي. فقط عدد قليل من المرضى سوف يشكون. الأغلبية لن تعود إلى المستشفى وستخبر الآخرين بتجربتهم السيئة. الحقيقة البسيطة هي أن المرء قد يدفع الأرباح خارج الباب في ظل غياب سياسة فعالة لمعالجة الشكاوى.

لذلك، ومن خلال حل الشكوى بكفاءة ونزاهة، يحتفظ المستشفى بولاء العميل، ويحتمل أن يكسب عملاء جدد من خلال التغذية المرتدة الجيدة. يستغرق بعض الوقت للتعامل مع الشكاوى عند تقديمها لأول مرة، فمن المرجح أن ترضي الإجراءات السريعة المرضى. كلما تم حل الشكوى بشكل أسرع، قل الوقت الذي ستحتاج إلى إنفاقه عليه.

قد لا تصدق أن شكوى المريض لها ما يبررها، لكن تذكر أنه على الرغم من أنها قد لا تكون "صحيحة" في رأيك، إلا أنها تخبرك لأنها غير سعيدة. شكواهم هي فرصة للاحتفاظ بالمريض. قد يكون الموقف صعباً إذا كان المريض غاضباً، أو إذا كانت شكواهم تبدو تافهة لك، ولكن إغضاب نفسك سيزيد الأمر سوءاً، لذلك لا بد من معرفة المشكلة بالضبط، والاستماع جيداً لما يقوله المريض، والتعاطف معهم والتأكد من فهمه عن طريق التحقق منه.

ستكون الدراسات التي يتم إجراؤها في هذا الفصل بمثابة نسخة داعمة في حل المشكلة المتعلقة بالسجلات الطبية وطريقة إدارتها.

كيفية اكتشاف سجل طبي خاطئ

على الرغم من التقنيات المتبعة في حفظ السجلات بشكل صحيح، هناك عدة حالات من الأخطاء البشرية في حفظ السجلات، وهي: (6،15،26)

• عندما لا يتم العثور على سجل في مكانه الأصلي، عادةً ما يضطر فريق السجلات الطبية إلى البحث عن السجل الذي يتم اختفاؤه، مما يؤدي إلى توقف الأمور الروتينية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

• في مثل هذه الحالة، يتم الإشارة إلى السجلات المختفية، وكذلك رقم السجلات الطبية المشابه لرقم السجل المختفي.

على سبيل المثال: إذا كان الرقم المختفي هو 534607 ، فسيكون الرقم المماثل لهذا 534067 أو 534670 أو 536407 أو 536470 أو 534507 أو 534807.

• وبالتالي يتم البحث في السجل المختفي في كل هذه المواقع. وبصرف النظر عن هذا، سيتم أيضًا البحث في جميع سجلات أرقام السجلات الطبية من 534000 إلى 535000 إذا لم يكن السجل قابلاً للتتبع من خلال الطريقة الأولى.

• إذا لم يتم العثور على السجل، فيمكن أخذ قائمة بجميع المرضى الذين تمت زيارتهم في اليوم ويمكن البحث في السجل المفقود بين كل سجل يتم حفظه في ذلك اليوم.

• هناك احتمالات محتملة دائمًا لحفظ سجلين طبيين يحفظان أحدهما في الآخر، وبالتالي عن طريق فقدان أحد السجلين.

• في بعض الأحيان، يمكن أيضاً لمساعدة الملفات أن تقوم بتقديم خطأ ملائم عندما تقوم بأداء مهمة الملف بصورة مستمرة لأكثر من ساعتين أو ثلاث ساعات. إجهاد العين المستمر قد يؤدي أيضاً إلى حدوث خطأ في حفظ الملفات.

• على الرغم من جميع التدابير المذكورة أعلاه، إذا لم يتم العثور على السجل الطبي المختفي، يجب إزالة جميع السجلات الطبية المتوفرة في الرف المحدد والبحث عنها للعثور على إمكانية وجود سجل طبي بين أي من السجلات الطبية.

العثور على سجل طبي مفقود

على الرغم من التدابير الواسعة التي تم تبنيها للتحكم الجيد في السجلات الطبية، إلا أن بعض السجلات تكون مفقودة. وقد يكون هذا بسبب عدم استلام السجل الطبي من العيادة أو عدم تقديم السجل الطبي في المكان المناسب. في ظل هذه الظروف، عندما يصر الطبيب على الحصول على السجل الأصلي لتقديم الرعاية، يجب على مساعد السجلات الطبية إبلاغ الطبيب أولاً بعدم توفر السجل الطبي.^(21,48)

• ينبغي توخي الحذر الواجب من قبل مساعد السجلات الطبية للبحث عن السجل الأصلي.

• يمكن الاستفسار من المريض عن العيادة التي زارها والتحقيقات التي يتم إحالتها وإحالتها إلى أي عيادة أخرى أثناء زيارته الأخيرة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- الاحتمالات موجودة دائماً للعثور على السجل في أي عيادة أخرى بسبب اختبار معمل منتظر أو أي إجراء آخر يتم إجراؤه على المريض.
- إذا لم يتم العثور على السجل الأصلي في غضون 15 دقيقة من وقت التسجيل، فيجب اتخاذ الخطوات اللازمة لفتح سجل مكرر، وذلك لتجنب المريض الانتظار في منطقة التسجيل لمدة أطول.
- وبالتالي، يمكن إنشاء سجل مكرر بنفس رقم السجل الطبي ومع البيانات الاجتماعية للمريض. يجب كتابة كلمة "مكرر" "Duplicate" في الزاوية العلوية اليمنى من السجل.
- يجب تسجيل السجل المكرر الذي تم إنشاؤه على هذا النحو في دفتر ملاحظات.
- سيساعد ذلك في السجلات الطبية على تذكر الرقم والبحث عنه بمساعدة مساعد السجلات الطبية خلال ساعات الفراغ.
- عند تتبع السجل الأصلي، يجب على مساعد السجلات الطبية دمج جميع النماذج الموجودة في السجل المكرر في السجل الأصلي.
- قبل تقديم السجل الأصلي بدلاً منه، يجب حذف الاسم ورقم السجلات الطبية الذي تم إدخاله في دفتر ملاحظات البحث المكرر.
- يُنصح دائماً بإبلاغ المرضى هاتفياً أو عبر رسالة عند العثور على السجل الأصلي.

وجود سجلات متعددة للمريض

يجب أن يكون في السجلات الطبية دقيقاً للغاية في تجنب وجود سجلات متعددة لمريض معين من خلال اتخاذ الخطوات اللازمة لإزالة السجلات المكررة وضمان حصول كل مريض على سجل طبي واحد فقط. ولكن دون علم السجلات الطبية، قد يميل المرضى إلى التسجيل حديثاً خلال كل زيارة إلى المستشفى. السبب هو أن المرضى يشعرون باليأس الشديد لإبلاغ الموظفين بأنهم فقدوا بطاقة هويتهم. في مثل هذه الحالة، يصبح من الضروري الاحتفاظ بسجل واحد عن طريق إلغاء السجلات الأخرى.^(4,43)

الإجراء المناسب هو الاحتفاظ بالسجل الجديد. يجب إلغاء السجلات المتبقية وإعطاء أرقام المراجع التبادلية. يجب نقل جميع المستندات الموجودة في السجلات الملغاة إلى السجل المحفوظ. يجب وضع المجلدات الفارغة الملغاة مع أرقام الإسناد الترافقي في منطقتهم. يجب ألا يتم تخصيص أي رقم سجل تم إلغاؤه لمريض جديد.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

إدارة حشود المريض

يكمن العامل الأساسي في ضمان بيئة آمنة ومريحة لإدارة حشود المرضى في التخطيط. قد لا تعاني معظم المستشفيات من هذا الموقف لأنها ترى عددًا محدودًا جدًا من المرضى الخارجيين. ولكن قد يكون هناك موقف عندما تجد حشدًا كبيرًا من المرضى بعد انتهاء مهرجان أو صباح الاثنين عندما تجد صعوبة في إدارة الحشد.

تقوم العديد من المستشفيات بتدريب موظفي إدارة الحشود الخاصة بهم وتقديم أدلة توجيهية للموظفين والأمن. كلما جمعت حشود كبيرة، يجب تنظيم معالجة هؤلاء المرضى بشكل منظم ومنضبط. استخدام قائمة انتظار يعني التحكم في حشد كبير. كما يمنع الخطر المحتمل من الحشد لتطوير شعور بالإلحاح والاندفاع نحو نقطة الدخول. هذا الشعور بالإلحاح أو القلق هو العامل الحاسم الذي يجب إزالته.

يمكن إطلاع المرضى جيدًا على الوضع الحالي من خلال نظام العناوين العامة. إن إذكاء الوعي بين المرضى سوف يقلل من توترهم هناك من خلال إعداد رأيهم بشأن الوقت الفعلي للوصول إلى مكتب السجلات الطبية.

أثناء انقطاع التيار الكهربائي أو عند فشل النظام

• يوفر مصدر الطاقة غير المنقطع (UPS) طاقة ثابتة لنظام الحاسوب عند حدوث تقلب في الطاقة أو فقدان الطاقة.

• إذا كنت قد اتخذت بالفعل خطوات نحو الوقاية من المشكلات المتعلقة بالطاقة وترتيبها لاستمرار تشغيل الأنظمة، فستكون في وضع أقوى بكثير للتعامل مع ما هو غير متوقع.

• إجراء تحليل المخاطر. قد يكون هذا تمرينًا متطورًا وواسع النطاق، ولكن من الضروري إثبات أهمية كل نظام أو عنصر نظام. العمل على ما يمكن أن يمنعهم من العمل. تطبيق الضوابط المناسبة لتقليل التعطل الناجم عن أي حدث غير مرغوب فيه.

• احصل على نسخ احتياطية منتظمة من المعلومات وتخزينها بعيدا عن النظام. حدد المدة التي يمكن أن يتحمل فيها المستشفى فشل النظام سواء يوميًا أو أسبوعيًا، وتأكد من أن النسخ الاحتياطية تسمح لك بالتعافي قبل انقضاء هذا الوقت. إذا كنت تحمل معلومات حساسة، تذكر تطبيق الحماية المناسبة على وسائط النسخ الاحتياطي الخاصة بك.

• تأكد من أن لديك إمكانية الوصول إلى الأجهزة البديلة لتشغيل أنظمتك والاحتفاظ ببياناتك. تأكد من أن جميع الموظفين يعرفون ما يجب القيام به في حالات الطوارئ.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ملخص

هناك عدد كبير من المشكلات في المستشفى والتي تؤدي إلى استياء المرضى وزوارهم. يستمر عدد من هذه المشكلات في الحدوث دون إشعار الإدارة. يجب توعية الممرضة وطاقم السجلات الطبية وجميع الآخرين الذين يتصلون بالمرضى والقابلات بمشاكل سلوكية. يجب أن توضح الإدارة أن المرضى مهتمون للغاية للمستشفى وأن سوء السلوك أو سوء المعاملة لن يكون مقبولاً. ومع ذلك، ينبغي توخي العناية الواجبة للحفاظ على احترام الذات وكرامة الموظفين وتعزيزها. يمكن لأخصائي إدارة المستشفيات اليقظة تحديد معظم هذه المشكلات ويمكنه اتخاذ الإجراءات التصحيحية. إن حضور المريض على الفور وتحسين التواصل هو المفتاح لتحسين رضا المريض. عندما يتعذر استرجاع السجل الطبي على الفور، يرجى إبلاغ سبب التأخير ومتى سيكون من الممكن تقديم السجل. مجرد إرضاء المرضى قد لا يكون كافياً لكسب ولائه. قد يضطر مقدمو الخدمات إلى تجاوز توقعات المرضى.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- لا يمكن للمريض تقييم الجودة المهنية للرعاية، لكنهم يقومون بتقييم خدمات الطعام والكتان والتدبير المتزلي وسلوك الموظفين
- أخبر شكاوى المرضى منظمة الرعاية الصحية عن كيفية تحسين الخدمات؛ إنها الطريقة الأكثر فعالية والأقل تكلفة للحصول على المعلومات من المرضى وفهم توقعاتهم حول الخدمات التي تقدمها
- كقاعدة عامة، يجب أن يكون لكل مريض سجل طبي واحد ورقم سجل طبي واحد
- يستغرق بعض الوقت للتعامل مع الشكاوى عند تقديمها لأول مرة، فمن المرجح أن يرضي العميل الإجراء الفوري
- مفتاح الانتعاش من فشل النظام هو الإعداد. احصل على نسخ احتياطية منتظمة من المعلومات وقم بتخزينها بعيداً عن النظام
- يمكن ترتيب عرض عملي ككيفية عمل UPS وكيفية فشل النظام ويمكن الشرح لمساعدة السجلات الطبية على كيفية التغلب على مثل هذه الأزمة
- يمكن إرشاد مساعدي السجلات الطبية إلى الطريقة التي ينبغي أن يديروا بها الحشد ويمكن أن يتعرضوا عملياً لإدارتهم

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تمرين الطالب

أجب عن التالي:

1. أصبح الجمهور أكثر وعياً بحقوقهم وامتيازاتهم ويتوقعون مستوى أعلى من الخدمة. ما الطريقة التي سوف تعتمدها لتقديم خدمة عالية الجودة لهم؟
2. كتب أحد المؤلفين أن شكاوى "المرضى" هي أكبر هدية للمنظمات "كيف سيكون رد فعلك على البيان؟
3. صف الطرق المختلفة لإيجاد سجل طبي مفقود أو قدم بشكل خاطئ؟ ما هي الخطوات التي ستخذها للتواصل مع المريض؟
4. إذا فرّ المريض من الجناح، فما هي الخطوات التي ينبغي اتخاذها فيما يتعلق بالإجراءات القانونية؟
5. اشرح الخطوات التي يجب اتخاذها أثناء فشل النظام أو عند تعطل UPS؟ ما هي الخطوات التي ستخذها لتجنب تكرارها؟

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل الخامس عشر

الحاسوب واستخداماته في إدارة السجلات الطبية

Computer and Its Uses in Medical Records Management

المقدمة

أصبح التعامل مع المعلومات من خلال التكنولوجيا في السنوات الأخيرة، علمًا بحد ذاته. بدأت علوم المعلومات في الحياة اليومية في الظهور كأعمال جديدة مكرسة بالكامل لتلبية احتياجات الإدارة والمجموعات العلمية في إنشاء أنظمة أفضل لتخزين واسترجاع المعلومات. إن نظام إدارة المستشفيات الحالي (HMS) هو نتيجة التحول الذي انتقل من إدارة المعلومات ذات الصلة بالمستشفى اليدوي إلى نظام إدارة معلومات (HMS) سريع ودقيق محوسب، وواعد بلعب هذا الدور بشكل أكثر دراماتيكية.

ما هو الحاسوب؟

جهاز الحاسوب هو جهاز يقبل المعلومات (في شكل بيانات رقمية) ويقوم بمعالجتها لإعطاء بعض النتائج استنادًا إلى برنامج أو سلسلة من الإرشادات حول كيفية معالجة البيانات. مكونات الحاسوب هي، (أ) لوحة المفاتيح، (ب) أجهزة تخزين البيانات، (ج) القرص البصري (د) الطابعة (هـ) الماوس. (28.51)

لوحة المفاتيح

لوحة المفاتيح هي في الأساس لوحة مفاتيح. إلى جانب الماوس، تعد لوحة المفاتيح أحد أجهزة الإدخال الأساسية المستخدمة مع الحاسوب. يأتي تصميم لوحة المفاتيح من لوحات مفاتيح الآلة الكاتبة الأصلية، والتي يتم ترتيبها بأحرف وأرقام بطريقة تمنع أشرطة الكتابة من التشويش عند الكتابة بسرعة.

أجهزة تخزين البيانات

يخزن هذا الجهاز المعلومات على المدى الطويل. هناك نوعان من أجهزة تخزين البيانات الداخلية والخارجية. أجهزة التخزين هي الأقراص الصلبة، والأقراص الضوئية،... إلخ.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

القرص المضغوط

طورت الحواسيب الصغيرة أقراص ضوئية في الآونة الأخيرة تسمى الأقراص المدمجة أو أقراص الليزر. تستخدم هذه الأقراص ليزرًا لكتابة البيانات على طبق مغناطيسي صلب. هذا مشابه للتقنية المستخدمة لتسجيل الصوت على قرص صوت مضغوط.

الطابعة

الطابعة عبارة عن جهاز يقوم بترجمة الإشارات من جهاز حاسوب إلى كلمات وصور على الورق بالأبيض والأسود أو اللون. تتضمن أنواع الطابعات مصفوفة نقطة ونفث حبر وليزر وتأثير وفاكس وقلم وأجهزة حبر.

الفأرة

الماوس هو جهاز التحكم بال مؤشر، والذي يمكن من خلاله تنفيذ العديد من عمليات الحاسوب بالنقر.

البرمجيات

يشير البرنامج إلى الوسيلة التي تحتوي على المعلومات التي ترشد الأجهزة إلى كيفية أداء مهمة معينة. التعليمات المشفرة (البرامج) تجعل الحاسوب يقوم بعمل مفيد.

البرنامج

البرنامج عبارة عن مجموعة من التعليمات المكتوبة بلغات حاسوب مختلفة أو برنامج تطبيق لأداء مهمة. هذا يصف الإجراءات (الحسابات) التي يتعين تنفيذها بواسطة الحاسوب. تتكون معظم البرامج من مجموعة من الإرشادات القابلة للتحميل والتي تحدد كيفية استجابة الحاسوب لإدخالات المستخدم عند تشغيل هذا البرنامج، أي عندما يتم تحميل الإرشادات.

نظام التشغيل

هناك ثلاثة أنواع من أنظمة التشغيل- نظام تشغيل (MS-DOS) Micro Disk، (Microsoft Windows (MS-Windows) ونظام التشغيل Microsoft-windows UNIX. هو نظام التشغيل شائع الاستخدام في الكمبيوتر الشخصي. يستخدم إصدار الشبكة أيضًا في أجهزة حاسوب الشبكة المحلية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

برامج التطبيقات

يُطلق على البرنامج الذي يؤدي المهام برنامج تطبيقي. على سبيل المثال: برنامج معالجة النصوص هو برنامج تطبيقي يقوم بإدخال وتحرير وطباعة المستندات مثل الحروف والمذكرات والتقارير. جدول البيانات Excel هو برنامج تطبيقي يتعامل مع البيانات الرقمية المتعلقة بالمخزون أو التحليلات المالية، مثل: جرد المتجر أو التحليل الإحصائي للمستشفى.

معالج النصوص (Microsoft Word)

برمجية Word هي برنامج لمعالجة النص. تتيح لك هذه البرامج كتابة مستند وتعديله على الشاشة أثناء الكتابة. يمكنك الانتقال مباشرة إلى أي نقطة داخل المستند لإضافة، أو حذف، أو نسخ أو نقل جزء من النص، ودمج الصور، واستيراد المعلومات من برامج التطبيقات الأخرى.

جدول البيانات (Microsoft excel)

تحول برمجية Excel الحواسيب الصغيرة إلى ورقة عمل محاسب. يمكن استخدامه لتخطيط الميزانيات، للقيام بالمهام المحاسبية، وتحليل الاستثمارات. يسمح هذا البرنامج بتحديد العلاقات بين الأرقام مع التعريفات والصيغ لمئات الأرقام التي تم إدخالها في Excel يمكن معالجتها على البيانات المطلوبة.

إدارة قواعد البيانات (Microsoft Access)

برمجية قاعدة البيانات مهمة جدا لأي منظمة. على سبيل المثال: هناك ورقة بيانات في معلومات المريض ويقوم المختبر بإنشاء تقرير تحقيق لكل طلب يتم تقديمه. يمكن الحفاظ على بيانات المعلومات هذه بسهولة عن طريق التخزين في قرص مرن. عند الضرورة، يمكن تحليل أو تحديث هذه البيانات باستخدام برنامج إدارة قواعد البيانات، Microsoft Access.

الرسومات

تساعد برامج الرسوم في إنشاء الصور على الشاشة وطباعة هذه الصور باستخدام طابعة أو رسام. الرسومات الأكثر شيوعاً هي المخططات الشريطية والرسوم البيانية الخطية والمخططات الدائرية والرسوم البيانية.

أجهزة الحاسوب والاتصالات

أصبحت الاتصالات وأجهزة الحاسوب سهلة وسريعة. بفضل نظام الإنترنت ومرافق الإنترنت، يمكن لمستخدمي الحاسوب في جميع أنحاء العالم التواصل مع بعضهم البعض عبر البريد الإلكتروني وبأقل تكلفة. ترغب مستشفيات أجزاء مختلفة من العالم في مشاركة تكنولوجيتها

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الطبية من خلال مرافق الإنترنت أو مرفق التطبيب عن بعد. وقد سهل ذلك تخزين معلومات العمل البحثي على شبكة الويب العالمية، والتي يتم استخدامها في جميع أنحاء العالم من خلال مرافق الإنترنت. (20.51)

البريد الإلكتروني (eMail)

البريد الإلكتروني هو أحد برامج الاتصالات. عن طريق البريد الإلكتروني، يمكن للمرء أن يتلقى المذكرات والتقارير ومعلومات المبيعات من أي مكان في العالم. يمكن للمرسل إيداع البريد في أي وقت، ويمكنك عرض البريد الخاص بك باستخدام برنامج اتصال لنقل صندوق البريد إلى جهاز الحاسوب الخاص بك. يمكنك أيضا أسفل الحمل والطباعة.

تطوير نظام إدارة السجلات الطبية المحوسب

بدأ تطوير الحوسبة في مجال السجلات الطبية في أوائل عام 1960 من خلال تخزين المعلومات الديموغرافية للمريض، والتي تم استرجاعها عند الضرورة. يتم أيضاً تخزين المعلومات السريرية بما في ذلك مؤشرات التشخيص والتشغيل بشكل منفصل. قلل هذا العمل اليدوي المنجز للغرض الإحصائي. كل قسم سواء طبي، جراحي، مختبر، الأشعة، عنابر، والإدارة مجهزة بأجهزة الحاسوب الشخصية، وهي تعمل بشكل فردي، وبالتالي عندما كانت المعلومات مطلوبة من قسم معين، يتم استرجاع المعلومات من هذا الحاسوب المحدد.

لقد مكّن اختراع الشبكة المحلية (LAN) والشبكة الواسعة (WAN) أجهزة الحاسوب الفردية من الارتباط بمساعدة خادم مركزي. أتاح هذا النوع من نظام الشبكات البيانات في أي جزء من المستشفى حيث يتم توصيل أجهزة الحاسوب بالخادم المركزي. يتم ربط حتى مؤسسات الرعاية الصحية، التي تقع جغرافياً في مناطق مختلفة من خلال خطوط الهاتف بواسطة المودم. قلل هذا إلى حد كبير الوقت اللازم لاسترداد المعلومات داخل وخارج منظمة الرعاية الصحية.

من أهم التطورات الحديثة في مجال أجهزة الحاسوب هو الماسح الضوئي. تقنية الماسحة الضوئية هي نفس آلة النسخ، ولكن يتم تخزين الصورة الممسوحة ضوئياً في الوسط الإلكتروني. يمكن تكبير الصور الممسوحة ضوئياً وعرضها أو طباعتها من أجل وضوح النتائج. سهلت هذه التقنية في مجال السجل الطبي عملية الاحتفاظ بالسجلات غير النشطة عن طريق مسحها وتخزينها في الوسط الإلكتروني. وقد مهد ذلك أيضاً الطريق لسجل المريض الإلكتروني، حيث يمكن فحص جميع المعلومات السريرية تقريباً بما في ذلك نتائج التشخيص وعرضها من خلال الشاشة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

بدلاً من السجلات الفعلية، يتم الآن توثيق السجلات عن طريق كتابة المعلومات مباشرة في الحاسوب والصور الممسوحة ضوئياً وتخزينها لتكون متاحة عبر الإنترنت. بمجرد أن تصبح المعلومات غير نشطة، سيتم تخزينها في جهاز التخزين الثانوي للرجوع إليها في المستقبل.

مزايا السجل السريري المحوسب للمريض

تطلب الرعاية الطبية الجيدة سجلات شاملة ودقيقة مقارنةً بالسابق بسبب التقدم التكنولوجي، والتوقع الكبير للمرضى، والممارسات الخاطئة، ومطالبات دافع الجهة الخارجية، وتكلفة هائلة لتوفير رعاية صحية فعالة. كل هذه تؤدي إلى طرق فعالة لحفظ السجلات السريرية للمريض. يجب أن يحقق نظام الحاسوب شيئاً أفضل من السجلات الطبية اليدوية ومساعدة الأطباء والممرضين والموظفين الآخرين على تحسين كفاءتهم في تقديم رعاية طبية أفضل للمرضى الذين يعانون من انخفاض مستوى الإصابات بشكل معقول.⁽⁵¹⁾

التطبيب عن بعد

إن التطبيب عن بعد Tele-medicine ليس سوى نقل المعلومات الصحية من جزء من العالم إلى الآخر للحصول على رأي الخبراء من أجل المزيد من إدارة رعاية المرضى. مع أحدث التطورات، يمكن أن تنتشر إدارة المعلومات الصحية أيضاً في المناطق النائية من خلال وجود شبكة واسعة، حيث يمكن تخزين المعلومات ومشاركتها من خادم مركزي إلى أي جزء من العالم.

السجلات الطبية الإلكترونية (EMR)

يمكن تعريف السجلات الطبية غير الورقية على أنها بيانات إدارة رعاية المرضى التي يتم إدخالها مباشرة أو إدخالها في جهاز إلكتروني قادر على قبول وتخزين واسترجاع البيانات المتكاملة الشاملة في أقل وقت ممكن في الأماكن المطلوبة. لتحقيق ذلك، هناك حاجة إلى تصميم معلومات واضحة لإدارة رعاية المرضى، والتي من شأنها أن تساعد في تسجيل معلومات المريض الإجمالية في كل مرحلة من مراحل العلاج.

من المعترف به أن التقاط البيانات هو أحد الشواغل الرئيسية في تصميم نظام معلومات صحي شامل. لا تتحقق الفوائد القصوى، بما في ذلك الاهتمام بالجودة المحسنة بتكلفة منخفضة، إلا عندما يتفاعل المبدعون الأساسيون ومستهلكو المعلومات مباشرة مع النظام.

توفر أجهزة الحاسوب أنظمة "على الإنترنت" توفر لموظفي المستشفى إمكانية الوصول المباشر إلى قواعد البيانات المحوسبة من خلال محطات الاتصال اللامركزية. من الناحية المثالية، يجب دمج النظام المحوسب للسجلات الطبية مع نظام معلومات المستشفى. تتمثل بعض مزايا EMR في أن السجلات منظمة وقابلة للقراءة، وبالتالي من المحتمل أن تقلل من سوء الفهم وكذلك

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

أخطاء رعاية المرضى. يعد اختصاصيو الرعاية الصحية وخاصة الممرضات أكثر إنتاجية حيث يخصص وقت أقل للأعمال الورقية وأيضًا الفواتير الفورية ممكنة.⁽⁵¹⁾

ملخص

نظام تقديم الرعاية الصحية بسرعة بسبب التوقعات العالية للمجتمع. أصبح عامة الناس مهتمين بشكل متزايد ودراية بالرعاية الصحية والصيانة الصحية. يجب إعادة تنظيم إستراتيجية نظام تقديم الرعاية الصحية بالكامل نظرًا للتكنولوجيا المتنامية بسرعة والتي تتوفر للإنسان اليوم. من أجل تحسين نظام الرعاية الصحية التقليدي، يجب أن يحل السجل الطبي القائم على الحاسوب محل السجل الورقي التقليدي. إن تحديات الانتقال إلى التكنولوجيا الحديثة مثل المعلومات الصحية المستندة إلى الحاسوب، وأنظمة ربط الإنترنت والانترنت تعتبر ذات فائدة هائلة.

في الختام، خدم النظام اليدوي غرض المستشفيات. مع ظهور تكنولوجيا الحاسوب تم تقييد النظام المكلف والذي يؤدي للتكرار غير المرغوب فيه. لأن النظام اليدوي يؤدي إلى ازدواجية وجهود كتابية ويستهلك الكثير من الوقت ويحتاج إلى جهود إضافية لتحقيق نتائج معينة. في النظام اليدوي، هناك المزيد من النفقات، وكذلك إمكانية فقدان المعلومات الصحية بسبب عوامل البيئة مثل الحرارة والمطر وما إلى ذلك أيضًا بسبب خطأ بشري مثل اختلال أو عدم الاحتفاظ بسجلات لم يتم إرجاعها.

لنتذكر النقاط الرئيسية

- الحاسوب الشخصي هو جهاز واحد يتكون من عدد من المكونات المنفصلة التي تعمل معًا كنظام حاسوب صغير
- تتكون لوحة المفاتيح من عدة مفاتيح تتيح للمستخدم إدخال البيانات والتحكم في مواقع المؤشر والمؤشر والتحكم في مربع الحوار مع محطة العمل.
- نوعان من جهاز تخزين البيانات هما تخزين البيانات الداخلي المسعى القرص الصلب، وهو جزء مدمج من الكمبيوتر وأجهزة تخزين البيانات الخارجية التي تضمنت أقراص مرنة، وأقراص CD-ROM.
- يستخدم القرص الضوئي ليزرًا لكتابة البيانات على طبق مغناطيسي صلب.
- الطباعة عبارة عن جهاز يقوم بترجمة الإشارات من جهاز حاسوب إلى كلمات وصور على الورق بالأبيض والأسود أو اللون.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- المكونات المادية لنظام الحواسيب الصغيرة تسمى مجتمعة باسم الأجهزة.
- يشير البرنامج إلى الوسيلة التي تحتوي على المعلومات التي ترشد الجهاز إلى كيفية أداء مهمة معينة.
- البرنامج عبارة عن مجموعة من التعليمات المكتوبة بلغات حاسوب مختلفة أو برنامج تطبيق لأداء مهمة.
- باستخدام البريد الإلكتروني، يمكن للمرسل إيداع البريد في أي وقت، ويمكن للمستقبل عرض البريد باستخدام برنامج اتصال لنقل صندوق البريد إلى جهاز الكمبيوتر الخاص به / بها

تمرين الطالب

أجب عن التالي:

1. اشرح باختصار أجزاء مختلفة من الحاسوب مع أمثلة.
2. أكتب ملاحظات قصيرة على مكتب مايكروسوفت وشرح كيف أنها مفيدة لموظفي السجلات الطبية.
3. ما هو عمل الطابعة؟ اذكر الأنواع الشائعة للطابعة وشرح كيف أنها مفيدة لوظائف السجلات الطبية؟
4. ظهر الاتجاه الأخير لاستخدام برمجيات HMS (نظام معلومات المستشفيات) على الأرجح في جميع المستشفيات. كيف سيكون هذا مفيداً لمستشفياتك؟
5. يتغير نظام الرعاية الصحية بسرعة مع الابتكارات الجديدة لتغيير السجلات الطبية بالكامل إلى مكتب بلا أوراق. اشرح كيف سيكون ذلك ممكناً والفوائد بعد ذلك؟

Data Collection and Statistical Analysis

مقدمة

يجب أن يكون لدى كل مستشفى نظام يمكنه تزويد إدارة المستشفى بالمعلومات اللازمة للتخطيط وتوفير رعاية مرضية للمرضى وإدارة المستشفى بكفاءة. أحد المصادر الرئيسية لإحصائيات المستشفى هو السجل الطبي. لذلك، يجب تصميم نظام السجلات الطبية المصمم بشكل مناسب مقترن بنظام تسجيل المريض جيدًا ليناسب هذه المتطلبات.

الإحصائيات هي حقائق محددة كأرقام. يشمل إعداد الإحصائيات جمع وتحليل وتفسير وعرض الحقائق كأرقام. يستخدم مدير المستشفى ومجلس الإدارة الإحصائيات لمقارنة العمليات الحالية بالماضي وكدليل في التخطيط للمستقبل. مواكبة نظام الإبلاغ الحالي سيوفر قدرًا كبيرًا من العمل غير الضروري. سيساعد ذلك في تعديل أساليب التجميع بحيث تكون المعلومات المحفوظة دقيقة ومفيدة. السجلات الطبية هي المصادر الرئيسية للبيانات المستخدمة في تجميع الإحصاءات الطبية.

تقارير يومية وشهرية وسنوية

قد يشير تقرير التحليل اليومي والشهري المتعلق بالرعاية المهنية المقدمة للمرضى إلى عدد المرضى المسجلين حديثًا كمرضى خارجيين، وعدد المرضى المسجلين كمرضى جدد. سيشمل ذلك تقارير عن حالات الإدخال، والخروج، وعدد العمليات الجراحية التي يتم إجراؤها، وعدد المرضى المسجلين كمرضى داخليين في يوم معين أو شهر معين.

يمكن دمج هذا التقرير مع تقرير مقارن للعام السابق، في نفس اليوم ونفس الشهر. إذا تم ذلك بطريقة روتينية، فيمكن تجميع البيانات الإضافية الضرورية على أساس يومي وشهري وسنوي وستكون المعلومات متاحة عند الحاجة إليها. التحليل الشهري والتقارير المقارنة مهمة للإدارة ومجلس الإدارة للتخطيط في المستقبل والسيطرة على الأنشطة.

الإحصاء الوصفي

هناك تركيز متزايد على توحيد الإحصاءات الصحية للمستشفيات داخل المستشفى وبين المقارنات والتحليلات. في بعض المستشفيات، يتم الاحتفاظ بتقارير التعداد اليومي وفقًا للخدمات

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السريية المنظمة وكذلك وحدة التمريض. وبالتالي، سيُظهِر التقرير الإحصائي اليومي لكل خدمة عدد المرضى الذين تم قبولهم مباشرة أو عن طريق التحويل وعدد إشغال الأسرة.

يجب مراجعة جميع البيانات الإحصائية التي تم جمعها بشكل دوري حتى لا يتم تجميع البيانات القديمة أو غير المستخدمة. نظرًا لأن قسم السجلات الطبية يحدد نمط جمع البيانات، يجب أن تكون السجلات الطبية المسؤولة على دراية باحتياجات البيانات الجديدة المتعلقة بالأنشطة التي تم تطويرها حديثًا في المستشفى.

تجمع بعض المستشفيات بعض الإحصاءات التي لا يوجد اتفاق بين المستشفيات على التعريف بها. ستكون هذه البيانات مفيدة فقط لتلك المستشفيات الخاصة وللأشخاص الذين يدركون القيود المفروضة على التعاريف. قد تكون هذه البيانات مفيدة لأغراض التشغيل الداخلية.⁽²⁰⁾

خدمات العيادات الخارجية

يتم استخراج بيانات خدمات العيادات الخارجية من السجلات أو النظام المحفوظ في عدادات التسجيل في قسم العيادات الخارجية والعيادات التخصصية وخدمات الطوارئ. ستكون البيانات مفيدة إلى الحد الذي تحتوي فيه هذه السجلات أو النظام على معلومات ذات صلة. الإحصاءات الشائعة الاستخدام المتعلقة بخدمات المرضى، هي:

1. عدد المرضى الجدد
 2. عدد إعادة الزيارة للمرضى
 3. عدد المرضى للعيادات التخصصية
 4. توزيع المرضى حسب العمر والجنس
 5. إحصائيات تشخيص المرضى الخارجيين
- يمكن حساب المعادلة على هذا النحو التالي:

العدد الإجمالي. زيارات المرضى الخارجيين خلال هذه الفترة

الزيارات اليومية للمرضى الخارجيين =

عدد أيام العمل خلال الفترة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تقرير التنبؤ الأسبوعي

من أجل خلق الوعي بين موظفي المستشفى، يمكن إنشاء تقرير يتوقع عدد المرضى الخارجيين والمرضى المقيمين والجراحات للعام القادم بناءً على الأرقام ذات الصلة بالعام الماضي. يمكن إعداد هذا التقرير الإحصائي بإضافة معدل النمو المتوقع إلى البيانات الفعلية للعام الماضي. خلال هذا الإعداد، يتعين على المرء أن يضع في اعتباره التناقض بين الأيام والظروف في العام السابق والعام الحالي.

يمكن تصحيح هذا من خلال مقارنة مع البيانات الإحصائية للثلاثة سنوات الماضية، وتوقع العدد الفعلي للمرضى ليوم معين أو لأسبوع معين. اعتمادًا على معدل نمو المرضى الخارجيين والمرضى الداخليين والعمليات الجراحية للعام الحالي، يمكن إعداد تقويم التنبؤ بإضافة 3% إلى 5% إلى العام المقبل. سيكون هذا التقرير المتوقع مفيدًا للتخطيط كل أسبوع للموارد البشرية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفصل السابع عشر إجراءات العمل

المقدمة

هناك العديد من إجراءات العمل التي تتم في قسم السجلات الطبية والشعب والوحدات التابعة له داخل المستشفى، وإنجاز هذه الإجراءات ضروري لضمان حسن سير العمل في أقسام المستشفى المختلفة، ومن هذه الإجراءات: التسجيل المركزي والمواعيد تجهيز، الملفات الطبية مسبقة التقييم، ترتيب النماذج بالملف الطبي، تقييم الملفات الطبية والاستمارات والنماذج، تسجيل الحالات الجديدة وتزويد العيادات الخارجية بالملفات، الحالات المشتبه فيها، الملفات المفقودة، تقارير الفحوصات التي تحمل أرقاماً خاطئة والتي لا تحمل أرقام، فهرس المرضى الرئيسي (في حال عدم استخدام الحاسب الآلي)، الحفظ، بطاقات الفهرس المتعددة للمريض، الغاء الملفات، سجل أرقام المستشفى الملغية، استلام نماذج ما قبل التسجيل لتسجيل الحالات الجديدة، متابعة أرقام المستشفى، حالات الدخول، حالات الخروج، مواعيد مرضى المتابعة، تجميع ملفات المرضى واستقبالهم، وصف العلاج، الدخول للأقسام الداخلية، التحويل لعيادة أخرى، المرضى المحولين من عيادة أخرى، طلب إجراء فحوصات مخبرية - صور شعاعية، أوامر العلاج، مواعيد المتابعة في نفس العيادة، الملفات بدل الفاقد، تجميع الإحصاءات، تجميع وإحصاء الملفات، التحكم في أرقام قسم الإسعاف والطوارئ، تحضير نماذج العلاج مسبقة التقييم، إحضار ملف المريض القديم من قسم السجلات الطبية، تقارير الفحوصات التشخيصية، مواعيد مرضى المتابعة، تنويم المريض، المرضى المتوفون في قسم الإسعاف، حالات الطب الشرعي، تحضير نماذج الدخول الأساسية، تحضير نماذج خدمات التوليد، إجراءات الدخول، دخول المرضى المباشر للأقسام، الدخول من قسم الإسعاف، تحويل مكتب الدخول الى قسم الإسعاف في العطل الرسمية وغير أوقات العمل، قائمة انتظار الدخول، دخول الأطفال حديثي الولادة، دخول حالات الطب الشرعي، اصدار قائمة الدخول، لوحة التحكم بالأسرة، اصدار قائمة الخروج، الاحتفاظ بملفات المرضى المنومين وحالات الخروج بقسم الدخول، تبليغ إدارة المستشفى عن تنويم شخصية هامة ممتلكات المريض، والعديد من الإجراءات التي سنتعرف عليها.

التسجيل المركزي والمواعيد:

أ . يتم تحديد ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) وتسلم لموظف التسجيل المركزي لتسجيل الحالات الجديدة.

ب . كتابة اسم الشخص المستلم وأخذ توقيعه.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ت . مراجعة سجل الحالات الجديدة للتأكد من استعمال الأرقام الصحيحة.

ث . يتم تحديد ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) أخرى قبل يومين من نهاية استعمال الأرقام السابقة.

ج . إخطار الموظف المسؤول إذا تمت ملاحظة أي خلل في الإجراءات السابقة.

تجهيز الملفات الطبية مسبقاً الترميم:

أ . استلام ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) مستشفى من موظف التسجيل المركزي المسؤول.

ب . تجهيز ملفات طبية مسبقاً الترميم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) للعيادات الخارجية يحتوي كل منها على غلاف خارجي.

ت . استمارة العيادات الخارجية.

ث . استمارة التطور المرضي والفحص السريري.

ج . استمارة نتائج الفحوصات المخبرية.

ح . استمارة تقارير الأشعة.

ترتيب النماذج بالملف الطبي:

أ . استمارة العيادات الخارجية.

ب . استمارة التطور المرضي والفحص السريري.

ت . استمارة تقارير الأشعة.

ث . استمارة نتائج الفحوصات المخبرية.

ج . إدخال المشابك البلاستيكية لتثبيت الاستمارات والنماذج.

ترقيم الملفات الطبية والاستمارات والنماذج:

أ . البدء بالأرقام غير المستخدمة (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي).

ب . مراجعة سجل التحكم في أرقام المستشفى للحصول على الأرقام الصحيحة (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ت . يدون رقم المستشفى على الغلاف الخارجي، استمارة العيادات الخارجية، استمارة التطور المرضى والفحص السريري، استمارة تقارير الفحوصات المخبرية، استمارة تقارير الأشعة.

ث . ترقيم بطاقات أرقام المستشفى وفهرسة المرضى الرئيسية.

ج . وضع بطاقات أرقام المستشفى مسبقاً لترقيم وبتاقات فهرسة المرضى الرئيسية في الغلاف المعد لذلك.

ح . تسليم الأغلفة للوحدة المركزية لتسجيل الحالات الجديدة.

خ . الاحتفاظ ببيان الأغلفة التي تم تسليمها وذلك لتفادي ازدواجية الترقيم.

تسجيل الحالات الجديدة وتزويد العيادات الخارجية بالملفات:

أ) استلام ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي). من وحدة التحكم بأرقام المستشفى.

ب . تحديد ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) لتجهيز الملفات الطبية.

ت . تحضير نماذج ما قبل التسجيل وذلك بتدوين المعلومات التعريفية بعد أخذها من المريض أو أحد أقاربه.

ث . استلام نماذج ما قبل التسجيل وخطابات التحويل وذلك لتسجيل المرضى.

ج . تصنيف نماذج ما قبل التسجيل القديمة والجديدة.

ح . إرسال الحالات الجديدة لوحدة فهرس المرضى الرئيسية والحالات القديمة لوحدة المواعيد.

خ . استلام نماذج ما قبل التسجيل من وحدة فهرس المرضى الرئيسي مصنفة حسب الحالات الجديدة وحالات الاشتباه كل على حده ليتم مراجعتها مع المريض عند حضوره حسب المواعيد.

د . إدخال المعلومات الموجودة في نماذج ما قبل التسجيل في سجل الحالات الجديدة وتحديد أرقام مستشفى جديدة.

ذ . تحديد الغلاف مسبقاً لترقيم المقابل وكتابة المعلومات التعريفية في كل الملفات (ملفات العيادة الخارجية وبتاقات رقم المستشفى...الخ).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ر . إدخال نموذج ما قبل التسجيل في الغلاف.

ز . الاحتفاظ ببطاقة فهرس المرضى الرئيسية في مكان محدد.

س . الاحتفاظ بكل الحالات المسجلة حسب التاريخ، الخدمة والوحدة في مكان محدد.

ش . استلام كشف مواعيد المرضى وملفاتهم من وحدة المواعيد.

ص . إدخال عدد الحالات الجديدة وحالات المواعيد التي سيتم تزويدها للعيادات المختلفة

في استمارة استلام الملفات والاحتفاظ بالملفات في مكان محدد ليقوم كاتب العيادة

الخارجية بجمعها في يوم العيادة المحدد.

الحالات المشتبه فيها:

أ . أخذ المعلومات عن المريض عند حضوره في المواعيد المحددة ومن ثم تصنيف الحالات

إلى حالات جديدة أو قديمة.

ب . تحضير ملفات جديدة لحالات المرضى الجدد.

ت . استلام الملفات القديمة في حالات المرضى القدامى.

ث . تحضير بطاقة رقم المستشفى وإدخال كل المعلومات المهمة على البطاقة.

الملفات المفقودة:

أ . استقبال المريض وتحديد زيارته السابقة للمستشفى والاستفسار منه عن حركة الملف.

ب . استلام الملف في حالة معرفة مكانه.

ت . في حالة عدم التوصل إلى تحديد مكان الملف يتم تحضير ملف بديل

ث . ويعطى نفس رقم المستشفى وتكتب عليه المعلومات التعريفية.

ج . الإشارة إلى أن الملف بديل وذلك بإصاق مذكرة على الغلاف توضح ذلك.

ح . إدخال المعلومات في سجلات الملفات البديلة وتوقيع رئيس قسم السجلات الطبية على

المذكرة التي على الغلاف.

تقارير الفحوصات التي تحمل ارقاماً خاطئة والتي لا تحمل أرقام:

أ . استلام كل التقارير ذات الأرقام المغلوطة والتي لا تحمل أرقاماً من وحدة التحضير

بالعيادة الخارجية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ب . ترتيب التقارير تصاعدياً حسب الحروف الأبجدية.

ت . حفظ التقارير في مكان محدد ليتم مراجعتها مع المريض.

ث . التأكد من المعلومات التالية وذلك بمراجعتها مع المريض (تاريخ مراجعة العيادة الخارجية، رقم المستشفى ، الاسم، العمر، الجنس، الخدمة ، تاريخ الفحص.....الخ) وذلك للمساعدة في تحديد التقارير.

ج . كتابة رقم المستشفى الصحيح على التقرير وارساله إلى العيادة الخارجية في حالة تطابق المعلومات.

ح . مطابقة التقارير مع فهرس المرضى الرئيسي للحصول على رقم المستشفى الصحيح.

خ . إرجاع التقارير التي يتم تصنيفها مرة كل ثلاثة أشهر إلى مكتبة السجلات الطبية عن طريق رئيس القسم.

فهرس المرضى الرئيسي (في حال عدم استخدام الحاسب الآلي):

أ . استلام بطاقات الفهرسة الخاصة بالمرضى الجدد يومياً من وحدة تسجيل المرضى الجدد.

ب . مطابقة فهرس المرضى الرئيسي مع سجل الحالات الجديدة للتأكد من أن كل بطاقات فهرسة المرضى تشتمل على رقم المستشفى والمعلومات التعريفية كما أن المعلومات التي على سجل الحالات الجديدة يجب أن تنطبق مع المعلومات المسجلة على بطاقة الفهرسة.
ت . إكمال المعلومات الناقصة إن وجدت.

ث . إجراء التصحيح اللازم والترتيب بحيث تكون البطاقات التي تحتوي على أسماء متشابهة في مكان واحد للحفاظ.

الحفظ:

أ . ترتيب بطاقات الفهرسة حسب الحروف الأبجدية.

ب. تحفظ البطاقات في كابينه الحفظ حسب الحروف الأبجدية.

ت. إجراء أي تصحيح للأخطاء التي يتم ملاحظتها على بطاقة الفهرسة أثناء عملية الحفظ.

ث. نقل البطاقات التي تم حفظها بالخطأ إلى المكان الصحيح.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ج. حفظ البطاقات التي تبدأ بالحرف (ب) بعد الانتهاء من الحرف (أ) والتسلسل بالحروف الأبجدية.

بطاقات الفهرس المتعددة للمريض:

أ. إبعاد جميع بطاقات الفهرسة التي تحتوي على معلومات متشابهة وتخص مريض واحد مع وضع مذكرة بذلك في المكان الصحيح.

ب. الحصول على ملف المريض.

ت. التأكد من أن جميع البطاقات تخص مريضاً واحداً.

ث. الاحتفاظ برقم المستشفى الأول ومحو الأرقام الأخرى عدا أرقام ملفات حالات الطب الشرعي.

الغاء الملفات:

أ. إزالة كل النماذج المهمة من الغلاف المراد إلغاؤه ثم محو رقم المستشفى من كل النماذج وكتابة أرقام الملفات التي يراد الاحتفاظ بها.

ب. إدخال النماذج التي تم إزالتها في الملفات المراد الاحتفاظ بها ثم ترتيب الملفات في المكان المحدد للاحتفاظ بها.

ت. رسم خطين على الصفحة الأمامية من الغلاف مع كتابة مذكرة بإلغاء الملف.

ث. إدخال المعلومات في كلا الملفين المراد الاحتفاظ به ويشمل على كل من الأرقام التي تم إزالتها والملف الذي تم إلغاؤه ويشمل الرقم الذي تم إلغاؤه ورقم الملف المراد الاحتفاظ به.

ج. حفظ الملفات التي تم إلغاؤها في مكانها الصحيح.

ح. الإدخال المماثل للمعلومات على بطاقة الفهرسة.

خ. تثبيت البطاقات التي تم إلغاؤها على ظهر البطاقات الحالية وحفظها في المكان المناسب.

سجل أرقام المستشفى الملغية:

أ. يتم تسجيل الأرقام التي تم إلغاؤها والتي تم الاحتفاظ بها في سجل إلغاء أرقام المستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ب . الأرقام التي تم إلغاؤها لا تعطى مرة أخرى لموظف تسجيل الحالات الجديدة لاستعمالها.

استلام نماذج ما قبل التسجيل لتسجيل الحالات الجديدة:

أ . مطابقة المعلومات التعريفية على بطاقة فهرس المرضى الرئيسي مع المعلومات التي على نموذج ما قبل التسجيل.

ب . تصنيف نماذج ما قبل التسجيل إلى حالات جديدة، حالات قديمة مسجلة وحالات قديمة مشكوك فيها.

متابعة ارقام المستشفى:

أ . الحصول على المعلومات التعريفية اللازمة لمتابعة رقم المستشفى.

ب . إدخال رقم المستشفى على استمارة الطلب عند التأكد من صحة المعلومات.

ت . عدم تسجيل رقم المستشفى على ملف الحالات المشتبه فيها.

حالات الدخول:

أ . استلام بيان الدخول اليومي من مكتب الدخول.

ب . استعادة بطاقة فهرس المريض من كابينة الحفظ وإدخال تاريخ الدخول، الخدمة، الوحدة.

ت . حفظ بطاقة الفهرسة للمرضى المنومين في ملف (في المستشفى) بترتيب تصاعدي حسب الحروف الأبجدية.

حالات الخروج:

أ . استلام بيان الخروج اليومي من قسم الدخول والخروج.

ب . استعادة بطاقة فهرس المريض وإدخال تاريخ الخروج، التشخيص النهائي والنتيجة على بطاقة فهرست المرضى الرئيسية.

ت . القيام بالتصحيحات اللازمة لأي معلومات جديدة أثناء فترة التنويم مثل الخدمة والوحدة.

ث . كتابة النتيجة بحروف بارزة بالحبر الأحمر في حالة وفاة المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ج . حفظ بطاقة الفهرست للمرضى الذين تم خروجهم في المكان الصحيح في كابينه فهرس المرضى الرئيسي.

مواعيد مرضى المتابعة:

1. استلام بيان بالمرضى القدامى مع أرقام المستشفى من وحدة تسجيل الحالات الجديدة
2. استلام بيان بالمرضى القدامى من وحدة فهرسة المرضى العام.
3. إدخال رقم المستشفى وأسماء المرضى في سجل المتابعة حسب التاريخ والتخصص.
4. استقبال المرضى من كل العيادات مع استمارات طلب المواعيد للقيام بإعطاء المواعيد.
5. تحويل المرضى لطبيب العيادة الخارجية في حالة وجود أي عقبات دون إعطاء مواعيد.
6. تسجيل المريض للمواعيد حسب الخدمة، التاريخ، رقم المبنى.
7. تحضير بيان مرضى المتابعة من أربعة نسخ ترسل نسختين منها إلى مكتبة السجلات الطبية قبل ثلاثة أيام ونسخه إلى العيادة الخارجية وأخرى إلى التسجيل المركزي.
8. استلام ملفات المرضى وكشف بأسماء المرضى (تشمل الحالات المشكوك فيها) مكتبة السجلات الطبية.
9. مطابقة أسماء المرضى في الكشف من الملفات للتأكد من استلام جميع الملفات.
10. إرسال ملفات المرضى ذات الأرقام (أرقام المستشفى) المشكوك فيها لوحدة فهرست المرضى الرئيسية لإعطاء الأرقام الصحيحة.
11. استلام أرقام المستشفى التي تم تصحيحها والمشكوك فيها من وحدة فهرست المرضى الرئيسي.
12. إرسال أرقام المستشفى التي تم تصحيحها والمشكوك فيها من وحدة فهرست المرضى الرئيسي.
13. إرسال الأرقام التي تم تصحيحها لمكتبة السجلات لاسترجاعها الملفات وإعادتها.
14. الاحتفاظ بالملفات المشكوك فيها في مكان خاص بذلك حتى يتم استبانة الأمر مع المريض عند حضوره.
15. تصنيف وترتيب بيان بالمواعيد والملفات حسب الخدمة المطلوبة.
16. إرسال قائمة المواعيد والملفات لقسم تسجيل الحالات الجديدة المركزي.

العيادات الخارجية:

تجميع ملفات المرضى واستقبالهم:

- أ . إعداد قائمة بالمرضى الجدد والقدامى وإحضار ملفات المرضى شاملة صور الأشعة من قسم التسجيل المركزي لاستلام بيان بالحالات المشكوك فيها ونماذج الإحصاء.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ب . مطابقة عدد المرضى في كشف المرضى الجدد والقدامى مع عدد الملفات قبل التوقيع على استمارة استلام الملفات.

ت . التوقيع على استمارة استلام الملفات وأخذ الصورة الأصلية مع ترك الصورة الثانية في قسم التسجيل المركزي.

ث . مراجعة الملفات والتأكد من احتوائها على كل التقارير كما يجب التأكد من أنها موضوعة حسب الترتيب الصحيح.

ج . إعادة السجلات الناقصة للتسجيل المركزي لاستكمالها واسترجاعها.

ح . استقبال المرضى الجدد والقدامى في العيادة الخارجية.

خ . مراجعة كشف المرضى والتأكد من وجود ملف لكل مريض واحتوائه على جميع التقارير.

د . توجيه المريض لقسم التسجيل المركزي في حالة وجود أي أخطاء لإكمال المعلومات التعريفية أو تحديد مكان الملف.

ذ . توجيه المرضى ذوي الملفات المكتملة للانتظار في المكان المخصص لذلك لحين مقابلة الطبيب.

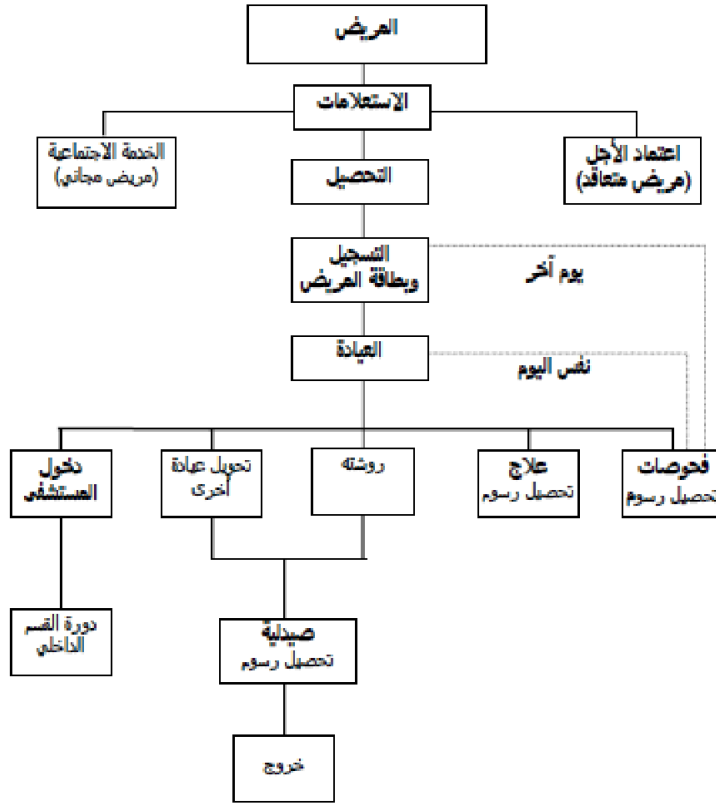
ر . تحضير بطاقة رقم مستشفى جديد للمرضى الذين فقدت بطاقاتهم أو لم يحضروها معهم.

ز . ترتيب الملفات والمرضى الذين يحتاجون لوصف العلاج حسب الأسبقية الزمنية.

س . تسليم الملف للممرضة التي تقوم بدورها بتسليم الملف للطبيب وإخطار المريض لمقابلته.

ويوضّح الشكل (1-17) دورة مرضى العيادات الخارجية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)



الشكل (1.17) دورة مرضى العيادات الخارجية.

وصف العلاج:

أ . استلام ملفات المرضى من الممرضة المسؤولة عن العيادة وذلك للمرضى الذين تم وصف علاج لهم.

الدخول للأقسام الداخلية:

أ . استلام استمارة إذن الدخول والملف من الممرضة المسؤولة.

ب . تدوين الدخول في كشف الدخول.

ت . إرسال المريض والملف إلى مكتب الدخول مع مراسل.

التحويل لعيادة أخرى:

أ . استلام استمارة التحويل والملف من الممرضة المسؤولة.

ب . إرسال المريض والملف إلى قسم التسجيل المركزي والمواعيد إذا كانت الحالة روتينية- عادية.

ت . إرسال المرضى الذين يحتاجون إلى استشارات عاجلة إلى القسم المختص.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ث . كتابة مذكرة بذلك في الكشف وإرسال الملف مع دليل متابعة الملف مع المراسل.

ج . توجيه المريض بالذهاب مع المراسل أو الاتصال بالقسم المعني لأخذ المريض.

ح . استلام دليل متابعة الملف – من المراسل بعد أن يوقع عليه من قبل الشخص الذي تسلم الملف.

المرضى المحولين من عيادة أخرى:

أ . استلام والتوقيع على – دليل تحديد متابعة الملف.

طلب إجراء فحوصات مخبرية – صور شعاعية:

أ . استلام ملف المريض ونموذج طلب الفحص من الممرضة المسئولة.

ب . مطابقة المعلومات التعريفية في الملف مع المعلومات الواردة في استمارات طلب الفحص وإجراء أي تعديل إذا دعت الحاجة لذلك.

ت . تسليم نماذج الفحوصات للمريض.

أوامر العلاج:

أ . كتابة مذكرة على قائمة المرضى إذا كان المريض يتلقى علاجاً في العيادة.

ب . استقبال المريض المحول إلى عيادة أخرى واستلام الملف الطبي الخاص به من الممرضة المسئولة.

ت . تسجيل العلاج الذي يتلقاه المريض في قائمة المرضى وعلى دليل تحديد موقع الملف.

ث . إرسال الملف ودليل تحديد موقع الملف مع مراسل ومن ثم استلام الدليل.

ج . توجيه المريض بالذهاب للعيادة الموجه إليها.

مواعيد المتابعة في نفس العيادة:

أ . استلام ملف المريض ونموذج المتابعة من الممرضة المسئولة.

ب . تحويل المريض مع النموذج إلى وحدة التسجيل المركزي أو المواعيد وذلك ليتم تسجيله وإعطاء الموعد.

الملفات بدل الفاقد:

أ . استلام الملفات (بدل مفقود) للمرضى الذين فقدت ملفاتهم.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ب . إدخال مذكرة في الملف (بدل مفقود) في الكشف ومتابعة الإجراءات كما في الحالات الأخرى.

ت . استعادة المذكرة من الملف بعد معاينة المريض بواسطة الطبيب.

ث . تسليم مذكرة الملف (بدل مفقود) لفني السجلات الطبية شخصياً.

تجميع الإحصاءات:

أ . جمع إحصائية عن المرضى الذين تم علاجهم في العيادات الخارجية وتصنيفهم كالآتي:

- الحالات الجديدة.

- مرضى المتابعة.

- ذكر، أنثى، طفل.

ب . جمع إحصائيات عن مرضى العيادات الخارجية الجدد وحالات المتابعة وتصنيفها إلى:

- عدد المرضى المسجلين.

- عدد المرضى الحضور.

- عدد الغياب.

ت . جمع إحصائيات عن الحالات الجديدة وحالات المتابعة وتصنيفها إلى: (أردني، غير أردني).

تجميع وإحصاء الملفات:

أ . استلام الملفات وصور الأشعة ومطابقتها بما هو موجود في القائمة.

ب . الحصول على استمارة استعارة الملفات من ممرضة القسم المسئولة ويجب أن تكون موقعه من الطبيب الذي يريد الاحتفاظ بالملف.

ت . الحصول على التوقيع في حالة فقدان الملف على استمارة الملفات المفقودة.

ث . إحصاء الملفات ومطابقتها بما هو موجود بالقائمة وتسجيل ذلك على استمارة الملفات المعادة.

إعادة الملفات:

أ . إعادة الملفات عند الانتهاء من كشف هذه العيادات لمرضاها مع استمارة الملفات إلى مكتبة السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الاسعاف والطوارئ:

التحكم في أرقام قسم الإسعاف والطوارئ:

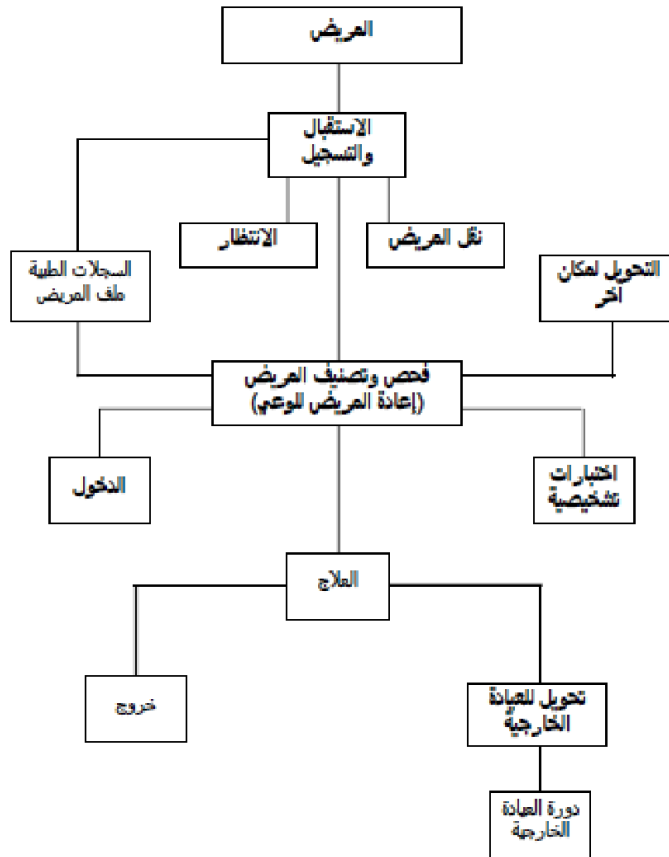
أ. يتم تحديد (٢٠٠٠) رقم اسعاف جديد وإرساله إلى قسم التسجيل بالإسعاف والطوارئ (في حاجة عدم استعمال الحاسب الآلي).

ب. كتابة اسم الشخص الذي قام باستلام الأرقام وأخذ توقيعه.

ت. مراجعة سجل الاسعاف ونماذج العلاج مسبقاً التقييم للتأكد من الأرقام المرسله قد تم استخدامها بالطريقة الصحيحة.

ث. يتم تحديد أرقام إسعاف أخرى لتسجيل الحالات الجديدة بقسم الإسعاف قبل الانتهاء من استخدام الأرقام السابقة بيومين.

ويوضّح الشكل (2-17) دورة مرضى قسم الاسعاف والطوارئ.



الشكل (2.17) دورة مرضى قسم الإسعاف والطوارئ.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تحضير نماذج العلاج مسبقاً التقييم:

أ . يقوم مساعد فني السجلات الطبية باستلام أرقام الإسعاف من مشرف السجلات الطبية بالإسعاف.

ب . ترقيم نماذج العلاج.

ت . البدء بالرقم غير المستخدم.

ث . طباعة رقم الإسعاف على نموذج العلاج في أعلى اليمين وكذلك على سجل الإسعاف.

ج . إرسال نموذج الإسعاف مسبقاً التقييم لمشرف التسجيل بالإسعاف.

ح . الاحتفاظ بأرقام النماذج التي تم إرسالها لتفادي استخدام الأرقام مرة أخرى.

خ . وضع نماذج العلاج والبطاقات المرقمة في المكان المعد لذلك.

التسجيل:

يقوم مساعد فني السجلات الطبية بأعمال التسجيل التالية:

أ . المرضى المحولون بخطابات:

- استقبال المريض والاطلاع على خطاب التحويل للتأكد من نوع الخدمة المطلوبة.

ب . المرضى بدون خطابات تحويل:

- استقبال المريض وتحديد الشكوى للتأكد من نوع الخدمة المطلوبة.

ج . التأكد فيما إذا سبق للمريض مراجعة المستشفى من قبل أم لا؟

د . إذا كان المريض قد راجع المستشفى من قبل عليه إحضار بطاقة رقم المستشفى أو الإسعاف وأخذ المعلومات التعريفية منه.

هـ . التأكد من وجود رقم المستشفى أو الإسعاف على نموذج التسجيل المرقم.

و . إدخال المعلومات بنموذج العلاج المرقم بالإسعاف وتسجيل نوع الخدمة وتاريخ وساعة حضور المريض للإسعاف.

ز . إدخال المعلومات التعريفية في سجل الإسعاف مقابل رقم الإسعاف التسلسلي ثم إدخال المعلومات الهامة مثل (الاسم ، العمر ، الجنس) في بطاقة رقم الإسعاف.

ح . جمع نماذج الإسعاف السابقة للمريض إذا تمكن من إحضار بطاقة رقم الإسعاف السابق.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ط . تسجيل رقم الاسعاف السابق على السجل والرقم الحالي على السجل السابق.

ي . تثبيت خطاب التحويل والملف القديم على ظهر الملف الحالي.

ك . توجيه المريض لقسم الخدمة المعني وإرسال ملفه كذلك.

ل . يتم إرسال الحالات الخطيرة أو الحادة الإسعافية مباشرة إلى الطبيب العام بينما تتم إجراءات التسجيل في وقت لاحق أو في نفس الوقت بأخذ المعلومات من أقرباء المريض.

ج . المرضى فاقدى الوعي:

- المرضى الذين يتم إحضارهم في حالة غيبوبة وفي حالة عدم وجود أقارب معهم يتم كتابة (مجهول) بدل الاسم كما يوضع "عدم وجود عنوان" في المكان الخاص بذلك، هذا النوع من المرضى يتم تسجيلهم كحالات طب شرعي ويتم تعبئة كل النماذج تبعاً لذلك.

- يتم إضافة اسم وعنوان والمعلومات الأخرى في حالة توفرها من المريض أو أقاربه إن وجدوا.

إحضار ملف المريض القديم من قسم السجلات الطبية:

أ . يتم سؤال المريض أو أقاربه عن الزيارة السابقة وفي حالة وجود رقم المستشفى يتم كتابة ملاحظة بذلك على استمارة طلب الملف.

ب . في حالة عدم الحصول على رقم المستشفى من المريض أو أقاربه يتم البحث عن رقم المستشفى في قسم التسجيل المركزي.

ج . إرسال استمارة طلب الملف إلى مكتبة السجلات الطبية للحصول على الملف وصور الأشعة.

د . إرسال الملف وصور الأشعة إلى الطبيب العام في قسم الإسعاف.

تقارير الفحوصات التشخيصية:

أ . مراجعة نماذج طلب الفحوصات للتأكد من وجود المعلومات التعريفية كاملة على كل نموذج خاصة الاسم ورقم المستشفى.

ب . استلام تقارير الفحوصات الخاصة بمرضى الإسعاف وترتيبها بالطريقة الصحيحة.

ج . تثبيت التقارير على بطاقة العلاج.

د . إرسال تقارير المرضى الذين تقرر تحويلهم للعيادة الخارجية وإرسال تقارير المرضى الذين تقرر تنويمهم للقسم المعني.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مواعيد مرضى المتابعة:

أ. إرسال المرضى الذين هم بحاجة إلى متابعة قسم التسجيل المركزي وقسم المواعيد لإعطائهم مواعيد أما في حالة المرضى الجدد فيتم فتح الملف أولاً ومن ثم يتم تحديد الموعد.

تنويم المريض:

أ. استلام إذن الدخول وتحديد فيما إذا كانت الحالة جديدة أم قديمة. الشكل (17-3).

ب. الحالات الجديدة: ترسل استمارة إذن الدخول لقسم التسجيل المركزي لإنشاء ملف للمريض.

ج. الحالات القديمة: إرسال استمارة طلب الملف إلى مكتبة السجلات في حالة عدم وجود ملف بالإسعاف.

د. عند استلام الملف القديم أو الجديد التأكد من أنه يخص المريض المعني.

هـ. إرسال الملف إلى مكتب الدخول بواسطة المراسل لإكمال معلومات الدخول وعلى المريض مصاحبة المراسل إلى مكتب الدخول.

و. تسجيل الدخول في سجل الإسعاف وكذلك في سجل العلاج بالإسعاف.

ز. التنويم خلال العطلات وفي غير أوقات الدوام الرسمي تتم كما يلي:

١. تتم إجراءات التنويم بواسطة قسم التسجيل بالإسعاف.

٢. الحالات الجديدة: مطابقة المعلومات التعريفية بواسطة بطاقة فهرس

المريض للتأكد من عدم وجود ملف سابق للمريض.

٣. تسجيل المريض كحالة جديدة في حالة عدم وجود ملف سابق.

٤. الحالات القديمة: إرسال استمارة طلب الملف إلى مكتبة السجلات الطبية

إذا كان الملف غير موجود بالإسعاف.

٥. عند استلام الملف يجب التأكد من أنه يخص المريض المعني.

٦. تسجيل المريض بقسم التنويم بعد استكمال إجراءات الدخول.

يبين الشكل (17-3) إذن دخول المريض لقسم التنويم في المستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى:

إذن دخول مريض

بسم:	السيد صلوات دخول المريض:
سبب الدخول:	يرجى إدخال المريض:
محول من:	وتشخيصه:
	مدة الإقامة المتوقعة:
	تحت إشراف:
	اسم وتوقيع الطبيب:
	التاريخ:

الشكل (3-17) إذن دخول مريض.

المرضى المتوفون في قسم الإسعاف:

أ . يجب التأكد من أن ملف الوحدة الخاص بالمريض أو سجل العلاج بالإسعاف يشتمل على كل المعلومات الخاصة بالوفاة.

ب . استلام نماذج التبليغ عن الوفاة بعد التأكد من اكتمال تعبئتها والتوقيع عليها بواسطة الطبيب لا تقل وظيفته عن أخصائي.

حالات الطب الشرعي:

أ . يجب التأكد من أن النموذج المستخدم هو النموذج الخاص بالطب الشرعي.

ب . يجب التأكد من تسجيل الحالة بالسجل المركزي كحالة طب الشرعي.

ج . يجب التأكد من وجود الختم الخاص بحالات الطب الشرعي على الملف.

د . يجب إحاطة الشرطة باستعمال النموذج الخاص بذلك.

هـ . يجب تجميع نماذج الطب الشرعي وترتيبها في مكان خاص.

و . يجب التأكد من تطبيق الإجراءات الخاصة بحالات الطب الشرعي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تجميع الإحصاءات:

- أ . يجب جمع الإحصاءات يومياً من قسم الإسعاف في النموذج الخاص بذلك.
- ب . يجب إرسال الإحصاءات اليومية لقسم الإحصاء مثل:
 - عدد مراجعي الإسعاف، أردني، غير أردني.
 - الجنس: ذكر ، أنثى ، طفل.
 - الحالات التي تم تحويلها للعيادات الخارجية.
 - الحالات التي تم تحويلها لمراكز الرعاية الصحية الأولية.
 - عدد حالات الطب الشرعي: حوادث، انتحار، قتل جنائي، حوادث حريق، . . الخ.

حفظ الملفات:

- أ . جمع استمارات الإسعاف والطوارئ من الممرضة المسئولة بالقسم.
- ب . ترتيب استمارات الإسعاف والطوارئ بترقيم متسلسل ووضعها في المكان المخصص لذلك.

مكتب التنويم:

تحضير نماذج الدخول الأساسية:

- أ . استمارة الدخول والخروج.
- ب . إقرارات طبية.
- ج . نموذج التاريخ المرضي والفحص السريري.
- د . نموذج ملاحظات التطور المرضي.
- هـ . نموذج أوامر الطبيب.
- و . نموذج ملاحظات التمريض.
- ز . نموذج الحرارة والضغط والنبض.
- ح . نموذج ملخص الخروج.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تحضير نماذج خدمات التوليد:

أ . تستخدم جميع النماذج المذكورة في الفقرة الأولى وتستبدل استمارة التاريخ المرضي والفحص السريري باستمارة الكشف على حالة ولادة واستبدال نموذج ملخص الخروج بنموذج ملخص خروج حالة ولادة.

إجراءات الدخول:

أ . استقبال المريض أو الأقارب وإحضار الملف الطبي وصور الأشعة إن وجدت والتأكد من وجود نموذج طلب الدخول كما يجب التأكد من صحة المعلومات

ب . التأكد من وجود سرير شاغر في الوحدة التي سوف ينوم بها المريض وفي حالة وجود سرير يتم إكمال إجراءات الدخول.

ج . إدخال نماذج الدخول الأساسية في الملف وإكمال نموذج طلب الدخول وإكمال البيانات التعريفية الشخصية.

د . أخذ توقيع المريض أو من ينوب عنه على نموذج الإقرارات الطبية مع شرح سبب أخذ هذه الإقرارات باللغة العربية إن أمكن.

هـ . تسجيل حالة الدخول في سجل الدخول.

و . فصل صور طلب الدخول عن الأصل:

● الأصل يبقى في ملف المريض.

● صورة ترسل إلى مكتبة السجلات الطبية .

● الصورة الثانية تبقى في مكتب الدخول .

ز . مراجعة لوحة التحكم في الأسرة (في حالة عدم استعمال الحاسب الآلي) وإجراء التصحيحات اللازمة حسب موقف الدخول.

ح . تسجيل معلومات الدخول في سجل الاستقبال ومن ثم ارسال المريض إلى قسمه المعنى مع المراسل.

ط . التأكد من توقيع كاتب القسم باستقبال المريض – التوقيع في سجل الاستقبال.

ي . في حالة عدم وجود سرير شاغر يتم الاتصال بممرضة القسم وإبلاغها عن سبب الدخول وفي حالة قبول المريض يتم استكمال إجراءات الدخول، أما في حالة عدم قبول إدخال المريض يتم الآتي :

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

١. يُخَطَّر المريض بمراجعة الطبيب إذا لم يتم إدخاله القسم.

٢. إعادة ملف المريض إلى العيادة المعنية به.

دخول المرضى المباشر للأقسام:

أ. الدخول المباشر مع الملف الطبي:

١. استلام ملف المريض والتأكد من اكتمال إجراءات الدخول.

٢. في حالة اكتمال الإجراءات يسجل ذلك في سجل الدخول وتستكمل باقي إجراءات الدخول.

٣. في حالة عدم اكتمال الإجراءات يرسل الملف إلى القسم مع تحديد المعلومات التي يجب استكمالها.

ب. الدخول المباشر بدون ملف طبي:

١. استلام نموذج طلب الدخول من القسم.

٢. إرسال طلب الحصول على ملف المريض من مكتبة السجلات الطبية.

٣. مراجعة المعلومات التعريفية الخاصة بالمريض وبقية إجراءات الدخول.

٤. إرسال الملف إلى القسم.

الدخول من قسم الإسعاف:

أ . استلام نموذج طلب الدخول وصورة من استمارة الإسعاف والطوارئ من قسم الإسعاف والطوارئ.

ب . إكمال إجراءات الدخول في حالة وجود ملف طبي للمريض.

ج . إرسال طلب الدخول إلى قسم التسجيل المركزي للتأكد من عدم وجود ملف قديم وإصدار ملف جديد في حالة عدم وجود ملف.

د . استلام الملف الطبي ومراجعة إجراءات الدخول في كلا الحالتين.

هـ . إكمال إجراءات الدخول فوراً لتجنب تأخير علاج المريض.

و . إرسال الملف الطبي إلى الوحدة مع مراسل.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تحويل مكتب الدخول الى قسم الإسعاف في العطل الرسمية وغير أوقات الدوام:

أ . أخذ سجل الدخول: النماذج والمتطلبات الأخرى لقسم التسجيل بالإسعاف بعد الثالثة والنصف عصرًا – أو وفقاً لنظام العمل المتبع بالمستشفى.

ب . إكمال إجراءات الدخول كما هو متبع في الدخول من قسم الإسعاف.

ج . إرجاع سجل الدخول: النماذج إلخ إلى مكتب الدخول الساعة ٧:٢٠ صباحاً يومياً في غير أيام العطل.

قائمة انتظار الدخول:

من العيادات الخارجية:

أ . استلام طلب الدخول من ثلاثة صور وملف المريض وصور الأشعة.

ب . التأكد من صحة المعلومات التعريفية الموجودة على ملف المريض.

ج . إجراء التعديلات اللازمة إذا كانت المعلومات غير صحيحة.

د . إعطاء موعد للدخول مع تحديد الوقت والتاريخ.

هـ . وضع نموذج طلب الدخول في صندوق قائمة الانتظار حسب التسلسل الزمني.

من قسم الإسعاف والطوارئ:

1 . استلام نموذج طلب الدخول من أصل وصورتين.

2 . التأكد من وجود ملف طبي.

3 . إرسال طلب الدخول لقسم التسجيل المركزي للتأكد من وجود ملف للمريض وفي

حالة وجود الملف يكتب رقم المستشفى على طلب الدخول أما في حالة عدم وجود

ملف سابق يتم تصنيف الحالة كحالة جديدة.

4 . إعطاء المريض موعداً للدخول مع تحديد الوقت والتاريخ كتابة.

5 . يتم وضع طلب الدخول في صندوق قائمة الانتظار.

6 . الحالات الجديدة: إرسال طلب الدخول لقسم التسجيل المركزي (قسم تسجيل

المرضى الجدد) للحصول على الملف الطبي للمريض.

7 . الحالات القديمة: إرسال نموذج طلب الدخول مع معلومة تفيد بتاريخ دخول المريض

للحصول على الملف وصور الأشعة من مكتبة السجلات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

حفظ الملفات وصور الأشعة الخاصة بحالات الانتظار في مكتب الدخول.

1. تجميع الملفات وصور الأشعة قبل ثلاثة أيام من دخول المريض.
2. ترتيب الملفات بطريقة منظمة تسهل عملية الحصول عليها عند حضور المريض.
3. اتباع إجراءات الدخول المعروفة عند حضور المريض.
4. الاتصال هاتفياً بالمرضى الذين لم يتمكنوا من الحضور.

دخول الأطفال حديثي الولادة:

- أ. استلام نموذج طلب الدخول وسجل الأم ونموذج التبليغ عن الولادة من القسم.
- ب. إرسال نموذج طلب الدخول والسجلات الأخرى إلى قسم التسجيل المركزي لإكمال إجراءات التسجيل وإرسال الملف الطبي.
- ج. إكمال إجراءات الدخول مع كتابة رقم المستشفى الخاص بالطفل إلى جانب رقم المستشفى الخاص بالأم.
- د. إرسال ملف الطفل والسجلات الأخرى إلى الوحدة والحصول على توقيع كاتب الوحدة بالاستلام.

دخول حالات الطب الشرعي:

- أ. يجب وضع الختم الخاص بحالات الطب الشرعي على كل النماذج مع التوضيح كتابة أن الحالة التي تم دخولها حالة طب شرعي.
- ب. إخطار الطبيب المعالج بأن الحالة يشتهه في أن تكون حالة طب شرعي بالرغم من عدم تسجيلها في سجل حالات الطب الشرعي.

إصدار قائمة الدخول:

- أ. التأكد من تسجيل جميع حالات الدخول في قائمة الدخول يومياً (خلال ٢٤ ساعة).
- ب. إعداد قائمة الدخول من خمسة صور وإرسال صورة إلى كل من الأقسام التالية:
- ج. مكتبة السجلات الطبية – قسم الاستعلامات – قسم الإحصاء – قسم الحاسب الآلي – قسم المحاسبة.

لوحة التحكم بالأسرة:

- أ. عرض وضع الأسرة في الأقسام المختلفة لمعرفة الأسرة الشاغرة والمشغولة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ب . الحصول على بيان بعدد الأسرة الشاغرة والمشغولة كل صباح وبناء على ذلك يتم تعديل لوحة التحكم بالأسرة.

ج . الحصول على عدد الأسرة الشاغرة والمشغولة في كل وحدة مع تعديلها في كل مرة يتم فيها تنويم أحد المرضى.

د . الاستفسار عن وضع الأسرة بالأقسام في حالة وجود أي تضارب في المعلومات
اصدار قائمة الخروج.

أ . يتم تسجيل كل حالات الخروج خلال (24) ساعة بقائمة الخروج.

ب . إعداد قائمة الخروج من (6) صور وإرسال صورة إلى كل من الأقسام التالية:

١ . حفظ الملفات.

٢ . الاستعلامات

٣ . الإحصاء

٤ . الحاسب الآلي.

٥ . المحاسبة.

٦ . وتبقى صورة في قسم الدخول.

الاحتفاظ بملفات المرضى المنومين وحالات الخروج بقسم الدخول:

أ . يتم ترتيب جميع نماذج طلبات الدخول للمرضى المنومين حسب التسلسل

الأبجدي في ملف (المرضى المنومين).

ب . فرز نماذج طلب الدخول لحالات الخروج من ملف المرضى المنومين وتسجيل تاريخ الخروج والنتيجة النهائية.

ج . يتم ترتيب طلبات الدخول لحالات الخروج بملف حالات الخروج حسب الحروف الأبجدية .

د . تحديث المعلومات في ملف حالات الخروج وملف المرضى المنومين حسب موقف الدخول والخروج.

هـ . إزالة بطاقة الخروج من ملف حالات الخروج بعد أسبوع من تاريخ الخروج وإتلافها.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تبلغ إدارة المستشفى عن تنويم شخصية هامة:

يجب إبلاغ إدارة المستشفى وبصورة فورية في حالة تنويم أي شخصية مهمة وكتابة مذكرة بذلك.

ممتلكات المريض:

أ. على المستشفى الاحتفاظ بممتلكات المريض في حالة عدم تسليم الممتلكات لأقارب المريض:

ب. إجراءات الدخول:

١. كتابة اسم المريض وممتلكاته في سجل ممتلكات المريض.

٢. استكمال البيانات الخاصة بنموذج ممتلكات المريض وتسجيل كل ممتلكات المريض.

٣. يجب أخذ توقيع المريض على نموذج ممتلكات المريض وذلك لاستعادة ممتلكاته بها عند الخروج.

٤. وضع ممتلكات المريض داخل مظروف أو حقيبة مع كتابة اسم المريض والصاق نموذج ممتلكات المريض.

٥. وضع المظروف أو الحقيبة داخل خزانة أو دولاب أمين مع تسجيل ذلك بسجل ممتلكات المريض.

ج. إجراءات الخروج:

١. استلام نموذج الممتلكات من المريض.

٢. إدخال معلومات الخروج في سجل الممتلكات وتوقيع المريض أو من ينوب عنه على النموذج الخاص باستلام الممتلكات.

٣. إعطاء الممتلكات للمريض أو من ينوب عنه.

د. الممتلكات غير المطالب بها:

١. يجب التأكد من الاحتفاظ بممتلكات المرضى لأكثر من شهر بعد خروجهم.

٢. حصر الممتلكات وإعداد قائمة بذلك وإرسالها إلى إدارة المستشفى.

٣. تسليم الممتلكات غير المطالب بها شهرياً إلى إدارة المستشفى وأخذ توقيع بذلك على قائمة الممتلكات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

٤. تسليم صورة من قائمة الممتلكات إلى إدارة المستشفى والاحتفاظ بالأصل بقسم الدخول.

سجل ممتلكات المريض يحتوي على المعلومات التالية: الرقم المتسلسل، رقم المستشفى، اسم المريض، العمر، الجنس، الجنسية، تاريخ الدخول، الوقت، القسم، معلومات عن الممتلكات، رقم الخزانة أو الدولاب، توقيع مستلم الممتلكات، تاريخ الخروج، توقيع المريض أو من ينوب عنه، توقيع الموظف الذي قام بتسليم الممتلكات، ملاحظات عامة.

أقسام المرضى (الأجنحة)

حالات الدخول:

أ. استقبال المرضى واستلام الملفات والصور الشعاعية والتأكد مما يلي:

١. مطابقة المعلومات التعريفية من المرضى أو أولياء أمورهم.

٢. التأكد من توقيع الطبيب على طلب الدخول.

٣. توقيع المريض أو ولي أمره على نماذج الإقرارات.

ب. التوقيع باستقبال المريض والملف في سجل الدخول.

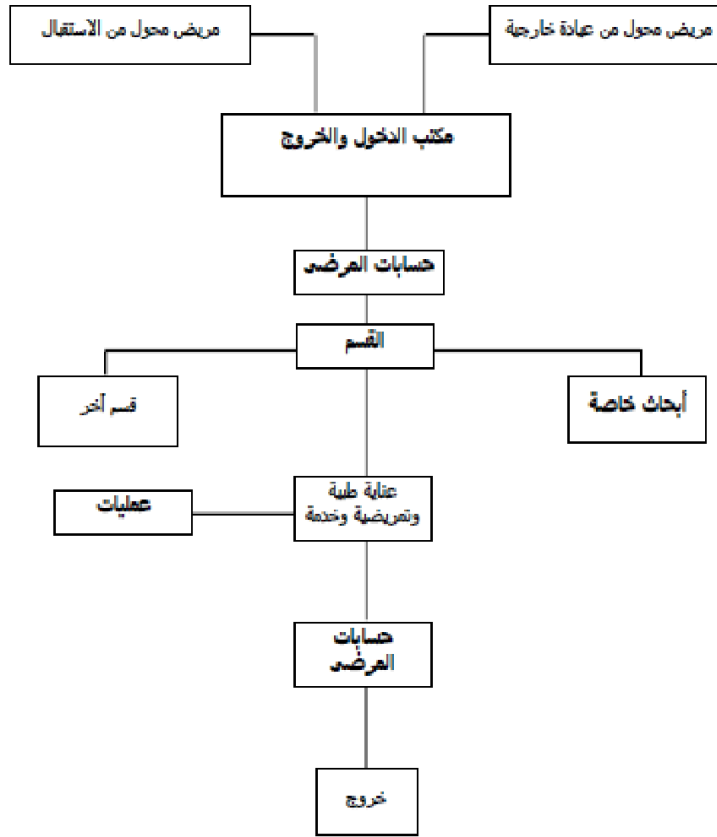
ج. تسجيل معلومات الدخول في سجل الدخول مثل رقم المستشفى، اسم المريض العمر الخ.

د. ترتيب الملفات وصور الأشعة في المكان المخصص لذلك لاستخدامها بواسطة الأطباء وهيئة التمريض.

هـ. إذا كان المريض محولاً من قسم آخر يذكر ذلك في سجل الدخول مع كتابة اسم الوحدة التي حول منها المريض.

ويوضح الشكل (17-3) دورة مرضى الأقسام الداخلية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)



الشكل (3.17) دورة مرضى الأقسام الداخلية.

طلبات الفحوصات التشخيصية والتقارير الخاصة فيه:

1. إدخال بيان طلب الفحوصات أمام أرقام الأسرة ويتم إرسال العينة إلى المعمل مع كتابة اسم العينة والتاريخ.
2. التأكد من كل العينات والنماذج التي تحمل المعلومات التعريفية للمريض.
3. يجب التأكد من كتابة اسم المريض على قائمة الفحوصات قبل إرسال المرضى لإجراء أي فحوصات كالأشعة وتخطيط القلب.
4. استلام نتائج الفحوصات وتدوين ذلك على سجل طلبات الفحوصات التشخيصية.
5. يتم الصاق التقارير على ملفات المرضى بطريقة متسلسلة حسب الأسبقية الزمنية.
6. تحفظ صور الأشعة في الغلاف الخاص بها (حافظ الأشعة) بطريقة متسلسلة كما يتم الصاق تخطيط القلب على النموذج الخاص بذلك.
7. التقارير التي يتم استلامها بعد خروج المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

8. تقارير الأشعة والمختبر التي يتم استلامها بعد خروج المريض يوضع عليها عبارة (تقارير متأخرة ثم خروج المريض في يوم....) وتحفظ ليتم تسليمها للموظف المسؤول أثناء مروره على القسم.
9. التقارير التي ترد بالخطأ لأحد الأقسام يتم إرسالها إلى الجهة التي صدرت منها) المختبر / الأشعة إلخ).
10. التقارير ذات الأرقام الخاطئة ترسل إلى الجهة التي صدرت عنها) المختبر / الأشعة إلخ.

النماذج:

- أ . على كل قسم الاحتفاظ بما يكفي حاجته لمدة أسبوعين على الأقل من نماذج الملف الطبي.
- ب . إعداد بيان بالنماذج التي يستخدمها القسم وتحديد الكمية المطلوبة من كل نموذج.
- ج . الحصول على النماذج من مستودعات المستشفى أو قسم السجلات الطبية.

مواعيد مرضى المتابعة:

- أ . الحصول على نموذج طلب المواعيد من الطبيب وإرساله إلى قسم التسجيل المركزي والمواعيد لتحديد وقت وتاريخ المقابلة التالية.
- ب . في حالة تحديد الموعد بواسطة الطبيب يجب التأكد من ذلك عن طريق الاتصال بقسم مواعيد مرضى المتابعة.
- ج . يتم إخطار المريض بتاريخ المقابلة ووحدة الخدمة مع تسجيل ذلك في البطاقة الخاصة بذلك.

التبليغ عن الأمراض المعدية:

- يتم الحصول على النماذج الخاصة بالأمراض المعدية والتي تم التوقيع عليها بواسطة الطبيب المعالج والتأكد من صحة المعلومات الواردة فيها ومن ثم إرسالها إلى الجهات المختصة.

الإقرارات:

التأكد من أن جميع نماذج الإقرارات الخاصة بالمريض قد تم إضافتها إلى الملف.

موقف الأسرة:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

أ. الاحتفاظ بعدد الأسرة الشاغرة والمشغولة بناء على بيان الدخول والخروج.

ب. إبلاغ مكتب الدخول وكذلك الأطباء وهيئة التمريض بالعيادة الخارجية بموقف الأسرة بصورة منتظمة وحسب الحاجة لذلك.

الدخول المباشر:

أ. في حالات الولادة والحالات الإسعافية يتم دخول المريض مباشرة دون مراجعة مكتب الدخول.

ب. يجب كتابة المعلومات التعريفية على النموذج الخاص بذلك.

ج. يجب التأكد من وجود طلب الدخول موقعاً عليه بواسطة الطبيب المعالج.

د. يجب الحصول على توقيع المريض أو من ينوب عنه على نموذج الإقرارات الطبية.

هـ. إرسال جميع النماذج المذكورة أعلاه إلى قسم الدخول وذلك لتسجيل الحالة كحالة دخول.

و. استلام الملف والنماذج الخاصة بالدخول لاستكمال إجراءات الدخول.

دخول الأطفال حديثي الولادة (الذين تمت ولادتهم في المستشفى):

أ. المواليد الأحياء:

١. الحصول على نموذج التبليغ عن ولادة وطلب دخول من الطبيب المعالج.

٢. إرسال النماذج السابقة إلى مكتب الدخول مع ملف الأم ليتم تسجيل الدخول.

٣. إتباع بقية إجراءات الدخول للحالات العادية.

ب. المواليد الأموات:

١. الحصول على نموذج التبليغ عن طفل ولد ميتاً.

٢. حالات وفاة حديثي الولادة لا ترسل إلى مكتب الدخول.

دخول حالات الإسعاف والحالات الخطرة:

أ. إخطار قسم علاقات المرضى بجميع الحالات الإسعافية والخطيرة مع التأكد من اكتمال المعلومات الخاصة بتلك الحالات.

ب. إخطار قسم الاستعلامات عن تطور حالة المريض.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

دخول حالات الطب الشرعي:

أ. إخطار قسم التسجيل في الإسعاف بالحالات التي تم دخولها المستشفى عن طريق قسم الإسعاف كحالات عادية بينما هي في الأصل حالات طب شرعي.

ب. إخطار مكتب الدخول بحالات الطب الشرعي التي تم إدخالها حديثاً مباشرة دون المرور بمكتب الدخول.

حالات الخروج:

أ. الحالات العامة:

١. الحصول على أمر الخروج موقِعاً من الطبيب المعالج وكذلك نموذج إقرار الخروج موقِعاً من ولي أمر المريض القاصر أو الإناث الكبار ووضعها في ملف المريض.

٢. إخطار مكتب الدخول بخروج المريض كما يجب إخطار مكتب المحاسبة بذلك للحصول على براءة ذمة في حالة المرضى الذين يتلقون العلاج بأجر.

٣. تدوين حالات الخروج في سجل حالات الخروج.

٤. في حالة تحويل المريض إلى قسم آخر يجب تدوين ذلك في سجل الخروج مع تسمية القسم الذي حول إليه المريض.

ب. حالات الخروج ضد نصيحة الأطباء:

١. يجب التأكد من توقيع المريض على نموذج الإقرارات الطبية أو ولي أمره ووضع النموذج بملف المريض.

٢. تدوين ذلك بسجل الخروج وكتابة عبارة (خروج ضد نصيحة الطبيب) في فقرة الملاحظات.

ج. حالات هروب المرضى:

١. يجب التأكد من تسجيل ساعة وتاريخ هروب المريض وتوقيع الطبيب المعالج وممرضة القسم المسؤولة عن ذلك.

٢. تسجيل الحالة في سجل حالات الخروج وكتابة (هروب) في فقرة الملاحظات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

د. حالات الوفاة:

١. التأكد من أن الطبيب الذي أعلن عن الوفاة قد قام بتسجيل الوفاة في نموذج التطور المرضي.
٢. يتم تسجيل تاريخ وساعة الوفاة في سجل هيئة التمريض.
٣. استكمال المعلومات الخاصة بأسباب الوفاة وذلك على ظهر النموذج الخاص بذلك
٤. استلام شهادة التبليغ عن وفاة من الطبيب المعالج.
٥. إكمال إجراءات إرسال الجثمان للثلاجة حسب النموذج المعد لذلك مع التأكد من المعلومات التعريفية والصاقها بالجثمان.
٦. أخذ توقيع موظف ثلاجة الموتى الذي قام باستلام الجثة على النموذج الخاص بذلك.

قائمة العمليات:

- التأكد من كتابة رقم المستشفى واسم المريض في قائمة العمليات بالطريقة الصحيحة.
- الإحصاء اليومي بأقسام المستشفى:
- أ. تحضير الإحصاء اليومي وتقارير الخروج في النموذج المحدد لذلك.
 - ب. استعمال سجل الدخول والخروج للحصول على معلومات صحيحة يومياً عن حالات الخروج والدخول بما فيها حالات الوفاة والتحويل من وإلى الوحدة.
 - ج. يحتفظ بكل ملفات المرضى المخرجين (وتشمل صورة الأشعة) وتقرير الإحصاء اليومي في المكان الخاص بذلك.

معالجة ملفات العيادة الخارجية

التحكم بالملفات الواردة:

- أ. التأكد من أن جميع الملفات التي تم إرسالها للعيادات الخارجية قد تم استلامها وإجراء اللازم نحوها.

ب. حصر السجلات التي لم يتم استلامها والعمل على جمعها.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ج. ترتيب جميع الملفات ووضعها في المكان الخاص بذلك.

الفحوصات المخبرية:

أ. استلام تقارير الفحوصات من جميع الأقسام - الأحياء الدقيقة - الكيمياء الحيوية.....الخ.

ب. التأكد من أن جميع التقارير تحمل اسم المريض ورقم المستشفى.

ج. لا تقبل أي تقارير لا تحمل اسم المريض أو رقم المستشفى.

د. التوقيع باستلام نتائج الفحوصات.

هـ. ترتيب التقارير الواردة من كل مختبر على حدة بطريقة تصاعدية.

و. إدخال أرقام المستشفى الخاصة بالتقارير الواردة من كل قسم في - سجل التحكم في تقارير الفحوصات - بطريقة تصاعدية.

ز. تجميع التقارير من كل الأقسام بما فيها الأشعة بطريقة تصاعدية.

ح. وضع التقارير في الملفات على النحو التالي:

١. فرز جميع النماذج التي تحمل أرقاماً متطابقة والتأكيد فيما إذا كانت جميع هذه التقارير تخص مريضاً واحداً.

٢. إلصاق جميع نتائج التقارير المخبرية في ملف المريض المعني وتقارير صور الأشعة.

٣. يتم إخراج الملف الخاص بالنماذج السابقة من دولاب الملفات.

٤. توضع التقارير في الملف حسب الأسبقية الزمنية.

٥. يتم تصنيف التقارير التي تحمل نفس رقم المستشفى وتتبع لمريض آخر تحت عنوان (أرقام خطأ).

٦. يتم ترتيب التقارير ذات الأرقام الخاطئة حسب الحروف الأبجدية لاسم المريض.

٧. يتم البحث عن الملفات في الأماكن المناسبة ليتم إضافة التقارير إليها (مثلاً في المكان المخصص للملفات التي يتم إكمالها بواسطة الأطباء).

٨. المرضى الذين أرسلت ملفاتهم للعلاج في العيادات الخارجية أو الأقسام الأخرى تحفظ تقاريرهم في صندوق بطاقة المتابعة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

٩. في حالة عدم وجود ملف أو بطاقة متابعة يتم تحضير بطاقة جديدة تحمل رقم المستشفى ويتم إدخال كل التقارير فيها.
١٠. يتم إضافة التقارير التي تم إدخالها في بطاقة المتابعة إلى الملف في حالة استلامه.
١١. التأكد من أن اسم المريض ورقم المستشفى في كل من الملف والبطاقة.
١٢. التقارير التي تم إضافتها للسجل عن طريق الخطأ يجب وضعها في السجل الصحيح.
١٣. التأكد من وضع التقارير بالطريقة الصحيحة في الملف بحيث لا تبرز من الملف.
١٤. التقارير التي لم يتم إضافتها للملفات توضع في مكان خاص بها.

التجميع وفحص النواقص:

- أ. التأكد من أن جميع النماذج في الغلاف الخاص بالعيادة الخارجية تحمل المعلومات التعريفية خاصة الاسم ورقم المستشفى وفي حالة عدم وجود مثل تلك المعلومات يجب إضافتها في كل النماذج.
- ب. يجب التأكد من استعمال النماذج المحددة لهذا الغرض فقط.
- ج. التأكد من استغلال النماذج للحد الأقصى وعدم ترك فراغات.
- د. التأكد من أن النماذج قد تم ترتيبها في الغلاف حسب الطريقة المعروفة.
- هـ. التأكد من أن جميع تقارير الفحوصات المطلوبة قد تم وضعها في الملف.
- و. التقارير الناقصة تتم متابعتها والعثور عليها ووضعها في الملف.
- ز. التأكد من كتابة التشخيص بواسطة الطبيب المعالج.
- ح. عمل الترتيبات اللازمة لإضافة المعلومات الناقصة في أي ملف.
- ط. يتم إرجاع الملفات المكتملة إلى مكتبة السجلات الطبية.

الفهرسة والترميز:

- أ. استلام الملفات من وحدة التجميع وفحص النواقص.
- ب. ترميز الملفات حسب الترميز الدولي للأمراض والعمليات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- ج. فهرسة الحالات المرضية التي تم تشخيصها على بطاقة فهرسة الأمراض.
- د. تعبئة كل الأعمدة المصممة في الفهرسة بالمعلومات المطلوبة.
- هـ. المرضى الذين يعانون من أكثر من مرض واحد يوضح ذلك في بطاقة الفهرسة المقابل.
- و. توضع علامة (X) أمام التشخيص الثانوي في عمود الملاحظات.
- ز. التأكد من إدخال رقم المستشفى الصحيح بصورة واضحة.
- ح. قبل إدخال اسم المريض يجب نسخ التشخيص، رقم الترميز، رقم البطاقة والسنة على بطاقة الفهرسة.
- ط. فهرسة الحالات الجراحية في بطاقة ترميز العمليات.
- ي. التأكد من أن جميع الملفات قد تم ترميزها وفهرستها.
- ك. إرسال الملفات لوحدة التحكم في السجلات المكتملة بالعيادات الخارجية.
- وحدة التحكم في الملفات المكتملة:
- أ. استلام الملفات التي تم ترميزها وفهرستها من قسم الفهرسة والترميز.
- ب. مراجعة جميع الملفات غير المكتملة.
- ج. يتم إرجاع الملفات غير المكتملة للوحدة المختصة ليتم استكمالها.
- د. إرسال الملفات المكتملة لقسم الملفات.
- ويوضح كل من الشكل (4-17) قائمة الملفات غير المستكملة، والشكل (5-17) سجل الملفات غير المستكملة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

٣. سجل المتأخرات (الملفات التي لم يتم تسليمها لأي سبب).

٤. سجل تقارير الفحوصات المتأخرة.

ب. المرور على الوحدات مع كافة المستندات المذكورة أعلاه.

ج. إرسال تقارير الإحصاء اليومي للوحدات وملفات المرضى الذين تم خروجهم من المستشفى وتشمل صور الأشعة ووضعها على طاولة خاصة.

د. مراجعة الإحصاء اليومي للتقارير بدقة للتأكد من صحة وتطابق المعلومات الواردة فيه وفي حالة عدم تطابق المعلومات تخطر ممرضة الوحدة أو الموظف بذلك.

هـ. مراجعة ملفات صور الأشعة لحالات الخروج الأحياء والاموات للتأكد من تطابقها مع بيان إحصاءات الوحدة اليومي.

و. جمع التوقيعات من ممرضات الأقسام قبالة أسماء المرضى في تقرير الإحصاء اليومي وإدخال عدد الملفات المتأخرة في النموذج الخاص بذلك.

ز. جمع سجلات المرضى المتأخرة والذين تم خروجهم من المستشفى ولم تستلم ملفاتهم مع كتابة ملاحظة بذلك في دفتر الملفات المتأخرة كإشارة إلى أنه تم استلام تلك الملفات.

ح. جمع تقارير تلك الفحوصات التي تم استلامها بعد خروج المريض في سجل التقارير المخبرية المتأخرة.

ط. تسليم تقارير الإحصاء اليومي، ملفات المرضى، تقارير الأشعة، تقارير الفحوصات المتأخرة لموظف تحليل الخروج بقسم الإحصاء.

تحليل الخروج:

أ. جمع التقارير الإحصائية اليومية لحالات الخروج وتشمل تقارير الأشعة من موظف الإحصاء.

ب. التأكد من أن التقارير السابقة مكتملة العدد.

ج. إبلاغ الجهة المختصة في حالة وجود أخطاء أو عدم تطابق في المعلومات.

د. جمع إحصاء المرضى الذين تم خروجهم في النموذج الخاص بذلك.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

هـ. إرجاع الملفات وتقارير الأشعة وكشف التقارير والملفات المتأخرة لمكتبة السجلات الطبية.

و. جمع التقارير الإحصائية الشهرية من جميع أقسام المستشفى في النموذج الخاص بذلك.

ز. التأكد من اكتمال وصحة التقارير والتبليغ في حالة وجود أي أخطاء.

ح. جمع التقارير اليومية في نموذج التقارير الشهرية والأخيرة في نموذج التقرير السنوي وإرسالها للجهات المختصة.

ط. كتابة التوضيحات والملاحظات عن كل تقرير في حالة الحاجة لذلك.

مراجعة وتجميع الملفات:

أ. استلام تقرير الإحصاء اليومي من كل الوحدات وكشف التقارير والسجلات المتأخرة من موظف تحليل الخروج.

ب. استلام قائمة الخروج اليومي من موظف الدخول.

ج. مطابقة الملفات مع قائمة الخروج وتبليغ الموظف المختص في حالة وجود أي أخطاء

د. استلام الملفات المتأخرة مع شطبها من قائمة الملفات المتأخرة.

هـ. تسليم تقارير الفحوصات المتأخرة للموظف المسؤول عن التحكم في الملفات الناقصة.

و. إرسال صور الأشعة لموظف الملفات بالأشعة.

ز. ترتيب الملفات تصاعدياً.

ح. إصاق كشف نواقص مع كل سجل مع كتابة اسم المريض ورقم المستشفى واسم الطبيب المعالج.

ط. إرسال الملفات التي تم تجميعها إلى قسم التحكم في الملفات الناقصة.

ي. مراجعة كشف الملفات الناقصة وإزالة الملفات التي تم استلامها من الكشف.

ك. إخطار المشرف على الملفات في حالة تأخر استلام الملفات من الوحدات أو قسم الإحصاء في موعدها المحدد.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

التحكم بالملفات الناقصة:

- أ. استلام ملفات المرضى الذين تم خروجهم والتقارير المخبرية من قسم المراجعة والتجميع.
- ب. مطابقة اسم المريض ورقم المستشفى واسم الطبيب المعالج مع كشف النواقص الملحق مع كل سجل.
- ج. إلصاق تقارير المختبر التي يتم إضافتها للملفات المقابلة بكل ملف.
- د. التأكد من وجود كل التقارير في الملف (ملخص الدخول والخروج، تاريخ مراجعة كل ملف بدقة ووضع علامة-- على كل النواقص في كشف النواقص).
- هـ. فرز الملفات وتجميعها بطريقة تصاعديّة حسب اسم الطبيب المعالج في دولاب الملفات الناقصة الخاصة بكل طبيب.

جدول يوضح مواعيد حضور أطباء الأقسام المختلفة لقسم السجلات الطبية

(غرفة الاجتماعات) لإكمال نواقص الملفات

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	الأحد	السبت
٧,٣٠	٨,٣٠	٩,٣٠	١٠,٣٠	١١,٣٠	١٢,٣٠	١,٣٠	٢,٣٠	٣,٣٠
٨,٣٠	٩,٣٠	١٠,٣٠	١١,٣٠	١٢,٣٠	١,٣٠	٢,٣٠	٣,٣٠	٤,٣٠

و. الاتفاق مع رؤساء الأقسام لتحديد يوم أسبوعياً لمراجعة ملفات المرضى الذين تم خروجهم الشكل (7-17).

الشكل 7.17 – جدول مواعيد حضور أطباء الأقسام المختلفة لقسم السجلات الطبية

ز. إعداد الملفات الناقصة وتجهيزها قبل موعد اجتماع رئيس القسم المعني لإكمال النواقص.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- ب. يتم ترميز الملفات حسب الترميز الدولي للأمراض.
- ج. فهرست الحالات التي تم تشخيصها في بطاقة فهرست الأمراض.
- د. تعبئة كل الأعمدة في بطاقة الفهرسة بالمعلومات الصحيحة.
- هـ. يجب التأشير في بطاقة الفهرسة على المرضى الذين يعانون من أكثر من مرض.
- و. يجب وضع علامة (X) لأي تشخيص ثانوي.
- ز. يجب كتابة رقم المستشفى بطريقة صحيحة وواضحة.
- ح. يجب طباعة اسم المريض، رقم الترميز، رقم البطاقة، والسنة على بطاقة الفهرسة قبل إدخال اسم المريض.
- ط. يجب كتابة البطاقة بقلم رصاص ويستعمل الحبر الأزرق لكتابة أسماء المرضى الذين تم خروجهم أحياء.
- ي. تسجيل أسماء الوفيات بالحبر الأحمر.
- ك. وضع علامة (×) قبالة رقم الترميز عندما يتم إدخاله في بطاقة الفهرسة.
- ل. يتم فهرسة العمليات في بطاقة العمليات.
- م. اتباع التعليمات السابقة من 4-11
- ن. يتم فهرست سجل إجراء العمليات حسب الجراح المختص.
- س. يتم طباعة اسم الجراح، السنة، رقم البطاقة، في أعلى فهرسة الطبيب.
- ع. التأكد من ترميز وفهرسة جميع الملفات.
- ف. وضع علامة (×) قبالة الرقم الصحيح في سجل الترميز والفهرسة.
- ص. تسجيل السجلات التي تمت فهرستها وترميزها لقسم التحكم في الملفات المكتملة ثم أخذ التوقيع على ذلك.

التحكم بالملفات المكتملة:

- أ. استلام الملفات التي تمت فهرستها وترميزها من وحدة الفهرسة والترميز والتوقيع على ذلك.
- ب. إضافة ورقة المراجعة على كل ملف.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ج. يجب التأكد من اكتمال ملفات حالات الخروج ومراجعة نماذج الملف من قبل الجهات ذات العلاقة.

د. يجب التأكد من أن جميع الملفات قد تم فحصها من قبل الوحدات التالية: (وحدة التجميع والمراجعة، وحدة تحليل الخروج، وحدة التحكم بالسجلات الناقصة، وحدة الترميز والفهرسة).

هـ. إرجاع الملفات إلى الأقسام في حالة وجود أي نواقص لاستكمالها.

و. استلام الملفات من الأقسام بعد استكمالها.

ز. التوقيع على ورقة المراجعة المرفقة عند استكمال عملية المراجعة.

ح. وضع علامة (×) قبالة الملف في دفتر التحكم في الملفات المكتملة.

ط. تسليم الملفات لموظف الملفات لوضعها في كابينة الملفات الرئيسية.

حفظ واستعادة ملفات المرضى وصور الأشعة:

حفظ الملفات:

أ. استلام الملفات المراد حفظها من جميع الأقسام ووضعها في مكان معين لذلك.

ب. التأكد من أن الملفات التي تم استلامها يراد حفظها وخلاف ذلك يتم إرجاعها إلى القسم المعني.

ج. ترتيب الملفات بترتيب تصاعدي.

د. مطابقة الملفات التي تم استلامها مع بطاقة الدليل، كشف المواعيد واستمارة الملفات للتأكد من أن جميع الملفات قد أعيدت.

هـ. تحديد أسماء وأرقام المرضى الذين تم استلام ملفاتهم وإسقاطها من بطاقة الدليل، كشف المواعيد واستمارة طلب الملفات.

و. إدخال رقم المستشفى للملفات التي تم استلامها بذات التسلسل التصاعدي في سجل التحكم في استمارة الملفات.

ز. تسجيل اسم الشخص الذي قام بإدخال رقم المستشفى في سجل التحكم.

ح. تحفظ الملفات بتسلسل تصاعدي ابتداء من الرقم (١٠٠)

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ط. مطابقة اسم المريض ورقمه مع بطاقة الدليل وفي حالة تماثلها تبدأ عملية الحفظ ثم تنزع بطاقة الدليل.

ي. مراجعة ملفات بطاقة الدليل للتأكد من أن البطاقة التي انتزعت هي البطاقة المعنية.

ك. مراجعة صندوق بطاقة الدليل وفي حالة وجود أي تقارير مخبرية ينتزع ملف المريض وتوضع التقارير في مكانها الصحيح من الملف إذا كانت تخص ذلك الملف.

ل. يتم حفظ الملفات بواسطة الشخص المسؤول فقط.

م. في حالة وجود أي ملف في المكان غير المناسب يتم تصحيح الوضع ويتم إخطار المشرف على القسم.

ن. مراجعة كل الملفات للتأكد من تطابق رقم المستشفى الموجود على الغلاف مع الرقم داخل الغلاف.

س. اتخاذ الإجراء الصحيح في حالة عدم التطابق ويحفظ الملف في المكان الصحيح ويتم إخطار المشرف على القسم.

ع. مطابقة المعلومات التعريفية على الملف والسجل وفي حالة تطابق أرقام المستشفى مع اختلاف الاسم يتم تصحيح ذلك ويحفظ الملف في المكان الصحيح مع إخطار المشرف على القسم.

ف. يتم التفريق بين الملفات التي تحصل على نفس رقم المستشفى وذلك بإضافة الأحرف (أ) و (ب) إلى رقم المستشفى.

ص. المحافظة على النظام والنظافة في أماكن حفظ الملفات وعدم ترك أي نماذج بارزة من الغلاف ووضع الترتيبات اللازمة لتحريك الملفات القديمة لضمان عدم ازدحام الملفات في أماكن الحفظ.

صور الأشعة:

أ. استلام صور الأشعة من العيادة الخارجية والعنابر وقسم الأشعة وغيره ووضعها في مكان معين لهذا الغرض.

ب. ترتيبها بصورة تصاعديّة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ج. إدخال أرقام المستشفى في سجل التحكم في صور الأشعة بنفس الطريقة التصاعديّة.

د. وضع صور الأشعة بطريقة جيدة في رفوف الحفظ.

هـ. إدخال بطاقة دليل صور الأشعة وإكمال الإجراءات كما هو بالنسبة للملفات.

استعادة الملفات:

أ. استلام استمارة طلب الملفات من كل المصادر.

ب. التأكد من أن الاستمارة موقع عليها من الشخص المسؤول.

ج. تحضير بطاقة دليل الملف المراد استعادته.

د. إدخال رقم المستشفى والمعلومات الأخرى في بطاقة الدليل.

هـ. ترتيب جميع بطاقات الدليل تصاعديّة أو حسب كشف العيادة.

و. نقل بطاقات الدليل وكشف العيادة إلى دولاب الحفظ.

ز. يبدأ أولاً بالدولاب ذو الأرقام المبتدئة.

ح. البحث عن رقم الملف المراد استرجاعه (مثلاً الرقم ١٢٠٠١) واسم المريض يوسف (عندها يبحث أولاً عن الملف بين الرقم) ١١٩ و ١٢١ (عن الرقم ٠١ في نظام التقييم بالأرقام الطرفية).

ط. إذا وجد الملف الذي يحمل ذلك الرقم والاسم يتم القيام بانتزاعه ومراجعة المعلومات مع بطاقة الدليل. وفي حالة تطابقها يتم حفظ بطاقة الدليل في مكان الملف الذي تم انتزاعه مع وضع علامة (x) قبالة اسم المريض في الكشف بما يدل على استرجاع الملف.

ي. في حالة عدم وجود ملف رغم وجود بطاقة دليل معرفة مكان الملف يجب أخذ المعلومات كاملة من الدليل لتحديد مكان الملف.

ك. الملفات الموجودة في أماكن غير أماكنها يتم أخذ الملف وتحديد المعلومات التعريفية ومطابقتها مع بطاقة الدليل في المكان الصحيح في حالة تطابق المعلومات.

ل. في حالة عدم وجود الملف وبطاقة الدليل يتم توضيح ذلك قبالة الاسم بالقائمة وكذلك في قائمة الملفات المفقودة قبل الإدخال ويستحسن البحث في أرقام الملفات

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السابقة والتي تلي الملف وإذا سمح الوقت يستحسن البحث في الرفوف التي تلي وتسبق الرقم المعني.

م. يتم الاحتفاظ بالملفات التي تم استعادتها على طاولة خاصة مع إعداد قائمة بها.

ن. تحديد البطاقات ذات الملفات الموجودة:

- مراجعة استمارة طلب الملفات لتحديد الملفات المفقودة.

- إخطار القسم الذي قام باستلام الملف حتى يتم إرجاعه وفي هذه الحالة توضع بطاقة الدليل في المكان الصحيح بالملف.

- مراجعة الملف في القسم للتأكد من أنه تم الاستلام.

- مراجعة سجل التحكم في الملفات للتأكد من استلام الملف بواسطة قسم السجلات.

السجلات التي تم استلامها من قبل قسم السجلات الطبية، ولكنها غير موجودة في منطقة الحفظ:

أ. مراجعة سجل التحكم باستلام السجلات الطبية للتأكد من أن الملف المعني قد تم استلامه بواسطة قسم السجلات الطبية.

ب. التأكد من أن السجل لم يتم إصداره أو لم يتم إرساله خارج قسم السجلات الطبية.

ج. مراجعة الملفات التي لم يتم حفظها.

د. مراجعة كشف المواعيد وكشف الدخول للتأكد من أن الملف لم يتم إرساله خارج قسم السجلات الطبية.

هـ. مراجعة الملفات المحفوظة للتأكد من أن الملف لم يتم حفظه في مكان خاطئ.

إصدار الملفات:

أ. إدخال اسم المريض ورقم المستشفى في سجل التحكم بالملفات.

ب. أخذ توقيع مستلم الملف على استمارة

ج. طلب الملف ثم تحفظ الاستمارة في مكان خاص.

د. تسليم الملف للموظف المسؤول.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تزويد الملفات للأغراض الطبية:

- أ. استلام قائمة المواعيد.
- ب. إعداد بطاقة دليل كل ملف واتباع الاجراءات كما هو مبين أعلاه.
- ج. حفظ نسخة من الكشف في قسم السجلات الطبية.
- د. الحصول على توقيع كاتب العيادة على كل الملفات التي تم استلامها.

تزويد الملفات للأغراض غير الطبية:

- أ. إعداد بطاقة الدليل للصور التي يراد أخذها من الغلاف.
- ب. ترتيب بطاقات الدليل تصاعدياً.
- ج. تسترجع صور الأشعة من الرقم الأدنى.
- د. مطابقة المعلومات التعريفية على بطاقة الدليل مع غلاف الأشعة وفي حالة التطابق تدخل بطاقة الدليل وينزع غلاف الأشعة.
- هـ. في حالة وجود بطاقة الدليل وعدم وجود صور الأشعة:

١. إدخال المعلومات الآتية في بطاقة الدليل مثل: (أين، متى، ولمن أرسلت الصور).
٢. لا تنزع بطاقة الدليل القديم من الملف.
٣. تجمع صور الأشعة وفق الإجراءات التي استخدمت في تجميع الملفات الطبية.
- و. في حالة عدم وجود بطاقة الدليل وصور الأشعة:

١. مراجعة سجل صور الأشعة الصادرة للتأكد من عدم إرسال الصورة لجهة أخرى.
٢. مراجعة أماكن حفظ الصور للتأكد من أن الصور لم تحفظ في مكان خاطئ.
٣. متابعة الإجراءات كما في حالة الملفات الطبية إذا لم يتم الحصول على الصور.

في حالة وجود حافظتي أشعة أو أكثر لمريض واحد:

- أ. تجمع حوافظ الأشعة المتعددة وذلك بتدبيرها مع بعضها مع وضع الحافظة الأخيرة في المقدمة.

استرجاع تقارير الفحوصات:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- أ. مراجعة الملفات للتأكد من أن التقارير قد وضعت في الملف.
- ب. في حالة عدم وجود التقارير بالملف يجب مراجعة أماكن حفظ التقارير للتأكد من وجودها هناك.
- ج. في حالة وجود التقارير يتم وضعها في الملف.
- د. مراجعة التقارير التي تحمل أرقام مستشفى خاطئة أو التي بدون أرقام.
- هـ. مراجعة سجل استلام تقارير الفحوصات للتأكد من أن التقارير المعنية قد استلمت.
- و. التقارير التي تم استلامها في قسم السجلات الطبية ولم يتم العثور عليها في ملف المريض أو التقارير ذات الأرقام الخطأ أو التي بدون أرقام.
- ز. مراجعة التقارير التي تم وضعها بالخطأ.

مكتبة السجلات الطبية:

حفظ السجلات الطبية:

- أ. جمع السجلات والملفات وبطاقات الفهرسة القديمة من جميع أقسام المستشفى وتصنيفها حسب الأرقام.
- ب. تجديد رقم سجل الملفات القديمة.
- ج. حفظ الملفات القديمة في مكان محدد لهذا الغرض والتخلص منها حسب الجدول الزمني الخاص بحفظ السجلات الطبية.
- د. تسجيل الملفات التي تم التخلص منها في السجل الخاص بذلك.
- هـ. الاحتفاظ بكشف للسجلات التي تم تصويرها بالميكروفيلم.

حماية السجلات الطبية:

- أ. حماية كل المستندات وتشمل الملفات والبطاقات والسجلات من الحشرات والماء والرطوبة.
- ب. حفظ السجلات من التعرض للجو الحار والجاف وبعيداً عن الغبار.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ج. اتخاذ الإجراءات الوقائية بمنع التدخين واستعمال الواقيات وغيرها كما يمنع وجود المواد الكيماوية والقابلة للإشتعال.

د. توفير طفايات الحريق ووضعها في الأماكن المناسبة لهذا الغرض.

هـ. تغطية الشبابيك ومنافذ التهوية بشبك حديدي لمنع العبث والتزوير.

و. تنظيم درجة الحرارة والرطوبة ما بين (22-25 درجة مئوية).

ز. تفادي تمزق أو إتلاف السجلات الطبية أو ضياعها أثناء التداول.

حفظ الملفات بطريقة التصوير المصغّر:

أ. تصور الملفات والبطاقات وغيرها حسب المعايير والضوابط المحددة لذلك.

ب. اتباع التعليمات والتوجيهات الخاصة بعملية التصوير المصغر.

ج. إدخال المعلومات التعريفية عن السجلات التي تم تصويرها في سجل رقم المستشفى.

د. استخدام اللون الأسود في حالات الوفيات، اللون الأخضر لحالات الدخول، اللون الأصفر لحالات العيادات الخارجية، واللون الوردي لحالات الطب الشرعي.

رسوم توضيحية

سجل التحكم في أرقام المستشفى / الإسعاف والطوارئ:

رسوم توضيحية

سجل التحكم في أرقام المستشفى / الإسعاف والطوارئ:

الرقم النهائي للمستشفى/الإسعاف	الرقم الابتدائي للمستشفى/الإسعاف
اسم مستلم الأرقام	تاريخ استلام الأرقام
نوع موقع السجلات الطبية	نوع مستلم الأرقام

سجل التحكم في أرقام المرضى الجدد

اسم مستلم الأرقام	رقم المستشفى	التاريخ
النوع	الابتدائي والنهائي	اسم مستلم الأرقام
ملاحظات		النوع:

سجل ملفات المرضى المزدوجة (بدل فاقد)

الرقم المسلسل / رقم المستشفى / اسم المريض / الجنس / العمر / الخدمة / سبب عدم العثور على الملف / اسم من قام بإعداد الملف بدل فاقد / توقيعه / نوع رئيس قسم السجلات الطبية / تاريخ إعداد الملف بدل فاقد / تاريخ إلغائه / اسم من قام بإلغاء الملف وتوقيعه / مكان العثور على الملف السابق / نوع رئيس قسم السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

إبطال استلام الملفات

نوعية الخدمة	مريض جديد	مريض قديم	الخدمة و الكلية	توقيع موظف القسم
خدمات السجلات الطبية				
خدمات أخرى				
المجموع				

الترميز اللوني

١. أزرق ملكي ٢. أصفر ٣. أزرق فاتح ٤. أخضر ٥. رمادي
٥. أحمر
٦. أبيض ٧. برتقالي ٨. أسود ٩. بني

سجل الإلغاء لأرقام المستشفى

الرقم المتسلسل / اسم المريض / رقم المستشفى السابق / رقم المستشفى
الحالي
/ اسم الموظف الذي قام بالإلغاء / التوقيع.

سجل التحكم في بطاقة خرسنة المرضى الرئيسية

اسم المستلم	أرقام المستشفى الابتدائية والتهائية	التاريخ
التوقيع		
ملاحظات		

سجل ملفات المرضى المزدوجة (بدل مفقود)

الرقم المتسلسل / رقم المستشفى / اسم المريض / الجنس / العمر / الخدمة / سبب عدم
العثور على الملف / اسم من قام بإعداد الملف بدل مفقود / توقيعه / توقيع رئيس قسم
السجلات الطبية / تاريخ إعداد الملف بدل مفقود / تاريخ إغائه / اسم من قام بإلغاء الملف
وتوقيعه / مكان العثور على الملف السابق / توقيع رئيس قسم السجلات الطبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الترميز اللوني

٠. أزرق ملكي ١. اصفر ٢. أزرق فاتح ٣. أخضر ٤. رمادي

٥. أحمر 6. أبيض ٧. برتقالي ٨. أسود ٩. بني

سجل الإلغاء لأرقام المستشفى

الرقم المتسلسل / اسم المريض / رقم المستشفى السابق / رقم المستشفى الحالي / اسم الموظف
الذي قام بالإلغاء / التوقيع.

تجميع النماذج داخل الملف الطبي

يتم تنظيم النماذج داخل الملف الطبي كما يلي:

أ. العيادات الخارجية: يحتوي ملف العيادات الخارجية على النماذج التالية وتوضع داخل
الملف.

ب. المكاتبات: وتشمل: خطابات التحويل / نموذج تحويل / استمارة الإسعاف والطوارئ /
نموذج طلب دخول / نموذج استشارة طبية / نموذج إقرارات طبية / قائمة المراجعين
قبل العملية / نموذج التبليغ عن طفل ولد ميتاً / نموذج التبليغ عن ولادة / تقرير
الإسعاف والطوارئ / نموذج تقرير طبي / نموذج مكافحة العدوى .

ج. الفحوصات المخبرية والتشخيصية: جميع النماذج الخاصة بالفحوصات المخبرية
والتشخيصية.

د. الأقسام الداخلية: جميع النماذج اللازمة والتي تستخدم في الأقسام الداخلية.

Quality Assurance in Medical Records Departments

المقدمة

ان ضمان الجودة في قسم السجلات الطبية هو في الواقع عمل كل فرد في المستشفى. وتوجد عدة تعريفات للجودة، غير أن هناك تعريف للجودة ألا وهو: أنه عندما يمارس الفرد أو المنشأة نشاطاً ما له صلة بالجودة فإنه عادة ما يطرأ عليه تحسن في الجودة. ومفهوم تحسين الجودة ليس جديداً، فبعض رواد تحسين الجودة طوروا نظرياتهم وفلسفاتهم وأنظمتهم وعملياتهم عبر عقود عديدة من الزمان، فعلى سبيل المثال: من أشهر المطورين لمفهوم الجودة

في العشرينات من القرن الماضي، بينما قام د. ادواردز ديمينج والذي يُعدُّ رائد الجودة الأمريكية باستخدام حلقة ديمينج (PDCA) أي دورة عملية التحسين بلا نهاية، قام وولتر شوارتز بتطوير حلقة الجودة، وهو أبرز رواد الجودة بتطبيق مفاهيمه في اليابان أثناء الخمسينات، كذلك فقد عمل جوزيف م. جوران مع دكتور ديمينج في اليابان لتطبيق برامج الجودة بهدف تحسين المنتجات القائمة وخلق منتجات أفضل، أما فيليب كروسبي فقد وضع مفهوم "انعدام العيوب وأوجه القصور"، على حين قام رائد آخر وهو برايان جوينر بوضع نظرية ما يسمى "ثالوث جوينر" والذي يتألف من ثلاثة عناصر أساسية هي: الجودة، والأسلوب العلمي، والعمل بروح الفريق الواحد.

العملاء الداخليون والخارجيون:

ان لمفهوم الجودة في بيئة الرعاية الصحية تاريخ موغل في القدم، فقد قام حمورابي ملك بابل -والذي كان أيضاً فيلسوفاً ومبتكراً وطبيباً- بتدوين ما يعتقد بأنه كان أول مجموعة قوانين منظمة لكافة أنماط السلوك، وقد ورد ضمن هذه القوانين إشارة لممارسة مهنة الطب، كما تناولت بالتفصيل الظروف التي خضعت لها الممارسات الطبية في ذلك الوقت وقيمة الرسوم الواجب تحصيلها. (4.57)

إلا أنه في عالم اليوم حيث تتسم بيئة الرعاية الصحية بالتنافس وبالسيطرة على الموارد فقد اكتسبت كلمة الجودة مفهوماً أكبر وأكثر أهمية، فقد أصبح المريض - الذي يعد العميل الأساسي والمتلقي للمنتج الذي نقدمه وهو خدمة الرعاية الصحية - أكثر وعياً بدوره في اختيار من يقدم الرعاية الصحية له، وبناء على ذلك فإن باستطاعة المريض، بل من واجبه أن يطلب أفضل رعاية ممكنة من أطبائه وكذلك أفضل بيئة لتلقي مثل هذه الرعاية. ولا تقتصر قرارات المرضى

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

فقط على اختيار مقدمي الخدمة الطبية ولكن أيضا اختيار المستشفى أو العيادة التي يجب أن يتوجهوا إليها.⁽¹⁰⁾

وطالما أن فرصة الاختيار متاحة للمريض - أي عميلنا- فإن ذلك يضع على كاهلنا مسئولية إضافية تتمثل في ضرورة توفير البيئة المثلى اللازمة لتقديم الرعاية الصحية للمرضى وأسرهم. وحتى تتمكن منشآت الرعاية الصحية من ارضاء توقعات المريض، فإنه يتوجب عليها تحديد من تقوم بخدمتهم - أي بعبارة أخرى تحديد عملائها الحقيقيين.

ان لدينا عملاء خارجيين وداخليين، فبالنسبة للعملاء الداخليين فإنهم أولئك الذين يعتمدون علينا حتى يتمكنوا من أداء عملهم أو تحسينه، ومن ثم فإننا نؤثر على الخدمات المقدمة من جانب الأطباء والممرضات والفنيين والعاملين المعاونين والعاملين بقسم السجلات الطبية الموجودين لدينا، وأنا عندما نوفر الخدمة الجيدة ليس فقط في حدود المتوقع منا ولكن "بطريقة صحيحة من المرة الأولى" فإننا بذلك ندعم جودة الخدمات التي يمكن لزملائنا أن يقدموها، ولذلك فإن جودة الخدمات المقدمة من مستشفانا أو عيادتنا تتحسن.

أما العملاء الخارجيين فهم المرضى - أكثر عملائنا قيمة وأهمية غير أن هناك عملاء خارجيين آخرين على جانب كبير من القيمة والأهمية بالنسبة لنا أيضا وهم الطرف الثالث الذي يقوم بتحمل تكلفة العلاج - أي بعبارة أخرى كل من يحتاج خدماتنا أو نحتاج خدماته.

يتركز الاهتمام في عملية التحسين المستمر للجودة (CQI) على احتياجات ومتطلبات عملائنا، بينما يتركز الاهتمام في منشأة الرعاية الصحية على المرضى وتوقعاتهم؛ والأهمية التي يعلقونها على حالتهم الصحية؛ والثقة التي يولونها لفريق الرعاية الصحية، ويعكس رضا المريض درجة أو مستوى ثقته في قدرة منشأة الرعاية الصحية والتزامها بتوفير رعاية صحية جيدة. ونورد فيما يلي فقرات مأخوذة من مقال بعنوان "سلسلة منهجية ضمان الجودة: تحقيق الجودة عن طريق حل المشكلات وإدارة العمليات".^(9,21)

ان أوجه القصور المتعلقة بالجودة يمكن أن توجد في أي محيط للرعاية الصحية بدءا من المستشفى الحضري المتطور وحتى العيادة القروية. ان رداءة الجودة تعمل على خفض المزايا التي يحصل عليها العملاء واثارة مشاعر الاحباط لدى مقدمي الرعاية الصحية واهداد موارد الرعاية الصحية المحدودة، وبذلك فان عملية ضمان وتحسين الجودة بشكل منظم ومتواصل تمثل مكونا جوهريا في أي نظام فعال وكفاء ومستجيب للرعاية الصحية.

إن فرص التحسين يمكن أن توجد في كل مستوى من مستويات النظام الصحي، فالأفراد أو الجماعات يمكن أن يجدوها من خلال عملهم أو من خلال عمل المشرفين عليهم أو في العي التي

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يقطنونه أو في المنطقة أو في وطنهم ككل." أما المقتطفات التالية التي تتناول دورة حل مشكلات ضمان الجودة.

تشتمل دورة ضمان الجودة على ثلاث مراحل تشمل عشرة خطوات:

1. تصميم برنامج لضمان الجودة

2. مراقبة الجودة

3. حل المشكلات المتصلة بالجودة وتحسين العمليات

وفيما يلي العشرة خطوات التي تقوم عليها عملية ضمان الجودة:

تخطيط ضمان الجودة: (4،20)

1. وضع تصور واستراتيجية لأنشطة برنامج ضمان الجودة وتوزيع المهام والواجبات وتخصيص الموارد.

2. وضع المعايير القياسية: يتضمن ذلك تحديد التوقعات الخاصة بالخدمات الصحية ذات الجودة.

3. نشر المعايير القياسية: يتضمن ذلك العمل على ضمان معرفة أولئك الذين يتوجب عليهم تطبيق المقاييس والمعايير بتلك المقاييس فضلا عن فهمهم واقتناعهم به.

4. مراقبة الجودة: يتضمن ذلك وضع المؤشرات وجمع البيانات من أجل قياس الأداء وتحديد المشكلات الجارية والمعلقة ومحاولة إيجاد حلول لها.

5. حل المشكلات وعمليات تحسين الجودة: التعرف على المشاكل وفرص التطوير ووضع أولويات لها. يجب دراسة المعلومات من خلال المراقبة والتحدث للناس واجراء مسوحات خاصة، وذلك بهدف التعرف على المشكلات القائمة أو الناشئة، ثم بعد ذلك اختيار المشكلة (المشكلات) الأكثر أهمية أو العملية (العمليات) الأكثر تعقيدا وصعوبة لمعالجتها، وكذلك اختيار فرص التحسين.

6. تعريف المشكلة عمليا: يتضمن ذلك وضع بيان المشكلة بوضوح من حيث تأثيرها القابل للقياس على عملية الخدمات الصحية.

7. تحديد الأفراد الممكن اشراكهم في حل المشكلة: يتضمن ذلك تحديد الأفراد أو الجماعات الذين يجب أن يشاركوا في عملية حل المشكلة ليساعدوا في تحليل المشكلة وكذلك وضع وتنفيذ الحلول.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

8. تحليل ودراسة المشكلة: يتضمن ذلك جمع وتحليل البيانات لفهم طبيعة المشكلة وأسبابها الرئيسية أو الجذرية.

9. اختيار وتصميم الحل: يتضمن ذلك وضع قائمة بالحلول الممكنة واختيار أفضلها من حيث معالجة الأسباب الجوهرية للمشكلة ثم تصميم حل عملي قابل للتطبيق.

10 . تنفيذ وتطبيق الحل: يتضمن ذلك وضع خطة لتنفيذ الحل (من، ماذا، متى، أين وكيف) ثم اجراء اختبار لتحديد ما إذا كان ينبغي التوسع في التنفيذ وأخيرا تعديل الحل بما يجعله أكثر ملاءمة وفاعلية أو الاستغناء عنه لصالح حل آخر.

مسئولية المستشفى:

ما الذي ينبغي على المستشفى عمله لضمان الجودة، هناك مستشفيات كثيرة تتبنى أساليباً سبق تجربتها وتطبيقها من خلال أنظمة أخرى للرعاية الصحية، وذلك في الدول العربية والدول الأخرى. ولقد بدأت تلك المستشفيات في استخدام أساليب وأنشطة عديدة لتنفيذ ومراقبة وتقييم الجودة، بما في ذلك تحسين الجودة وضمان الجودة ومراجعة استخدام خدمات المستشفى وإدارة المخاطر.

ان برامج تحسين الجودة تركز على عدة أنظمة منها التفوق الاكلينيكي وخدمة العميل والقيادة، بينما تركز عملية مراجعة استخدام خدمات المستشفى على كفاءة المستشفى في تقديم الخدمات الأساسية على نحو يحقق أفضل مردود للتكاليف. وبالإضافة لذلك فإن العملية المذكورة تتيح تقييم مستوى الرعاية التي حصل عليها المريض بالفعل وبحث الخيارات بهدف القضاء على الاستخدام الزائد أو الناقص عن الحد المطلوب في مجال تقديم الرعاية الصحية للمريض.

أما بالنسبة لإدارة المخاطر فهي عبارة عن برنامج يتم عن طريقه رصد ومراقبة تعرض المستشفى للمخاطر أثناء تقديم الرعاية الصحية. وتقوم المستشفى عادة بوضع برنامج يشمل تمويل المخاطر والحيلولة دون وقوع الخسائر بحيث تشمل:

- برامج إدارة المخاطر.
- تهيئة بيئة آمنة لتقديم الرعاية الصحية.
- الاقلال من احتمال وقوع الحوادث والإصابات.
- وضع إجراءات لتفادي الخسائر المالية وحماية المرضى والعاملين والمتبردين على المستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

وهي لا تمثل سوى جانباً من البرامج التي يمكن أن تتبناها المستشفى لضمان أحداث تأثير إيجابي على عملية تقديم الرعاية الصحية ذات الجودة.

مسئولية القسم والعاملين:

ما طبيعة التأثير الذي يمكن أن تحدثه باعتبارك موظفاً في قسم السجلات الطبية في نطاق تقديم خدمات الرعاية الصحية؟ لقد قدمنا فيما سبق أمثلة على ذلك، ولكن يجدر بنا أن نذكر أنفسنا أحياناً بأنك بوصفك موظف بقسم السجلات الطبية مسؤول عن الحفاظ على المصدر الرئيسي والأساسي للبيانات وأنت مسؤول عن تحليل السجل الطبي لكل مريض.

ولا يوجد في المستشفى قسم آخر مسؤولاً مسؤولية شاملة عن تدوين البيانات في السجل الطبي، فعلى الرغم من أن الأفراد الآخرين في أسرة العاملين بالمستشفى قد يسجلون الملاحظات والإجراءات الخاصة برعاية المريض في السجل إلا أن موظفي السجلات الطبية دون غيرهم هم الذين يقومون بمراجعة وتقييم السجل على نحو شامل وتشمل عملية المراجعة هذه تقييم التوثيق واكتمال السجل وتحديد الشخصيات المسجلة وغير المسجلة، واستخدام الخدمات والأخطاء المتصلة بالتوثيق وما إلى ذلك من المشكلات الإجرائية. إن دورك في ضمان توفير بيئة ورعاية جيدة للمريض على جانب كبير من الأهمية، وكذلك يمثل إسهامك وإخلاصك في العمل باعتبارك أحد أعضاء الفريق العامل في المستشفى عنصراً هاماً في ضمان جودة تقديم الرعاية الصحية للمرضى.

دورة ضمان الجودة:

تتكون دورة ضمان الجودة من ثلاث مراحل تشمل عشرة خطوات:

المرحلة الأولى:

مرحلة التخطيط وتشمل ثلاث خطوات هي:

1. التخطيط

2. وضع المعايير القياسية

3. نشر المعايير القياسية

المرحلة الثانية:

مرحلة المراقبة وتشمل خطوة واحدة:

4. المراقبة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المرحلة الثالثة:

وتشمل ست خطوات هي:

5. التعرف على المشاكل وفرص التطوير ووضع أولويات لها

6. تعريف المشكلة

7. التعرف على من سيكون مسئولاً عن العمل على المشكلة

8. تحليل ودراسة المشكلة

9. اختيار وتصميم الحل

10. تنفيذ وتطبيق الحل

مراقبة السجل الطبي وأدوات التقييم:

تقرير ملخص عن تجميع البيانات المتعلقة بالفحص الإكلينيكي:

الخطوات الرئيسية لاستكمال السجل الطبي:

تنصح هنا لجنة السجلات الطبية والأفراد الآخرين المؤهلين لتحمل مسؤولية السجل الطبي باستخدام التقرير الملخص عن تجميع البيانات المتعلقة بالفحص الإكلينيكي كمراقب وأداة تقييم جودة السجل. حيث يمكن لتلك الأداة قياس مدى استكمال وثائق رعاية المرضى، تلك الوثائق المتعلقة بالعلاج الطبي المقدم من جانب فريق الرعاية الصحية وكذلك مدى جودته. بالإضافة إلى قياس مدى إتباع المنهج الإكلينيكي والخطوات الرئيسية لاستكمال السجل الطبي كما هو موضح في بنود القوانين الداخلية وقواعد لوائح الهيئة الطبية. وعند التعامل مع أي تقرير ملخص عن تجميع البيانات المتعلقة بالفحص الإكلينيكي فيجب على المستخدم ما يلي:^(11،15)

1. تحديد نوع السجلات التي يتم فحصها، على أن يشمل ذلك كل مرضى القسم الداخلي والعيادات

الخارجية بالمستشفى بالإضافة إلى سجلات قسم الطوارئ.

2. اختيار عينة مناسبة من السجلات للفحص، على أن يتم ذلك حسب العدد الكلي للسجلات الموجودة.

3. بعد استرجاع موظفي السجلات الطبية العينة، يجب أن يتم فحص السجلات في مكان خاص للمحافظة على سرية السجل وما يحتويه من بيانات.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

4. لتوثيق النتائج يجب مراعاة ما يلي:

- تسجيل البيانات كما هو موضح في النموذج.
- معرفة ما اذا كان السجل يحتوي على البيانات التالية كما هو مطلوب من بند 1 الى بند 7.

5. بعد استكمال عملية الفحص يجب اعادة السجلات الى قسم السجلات الطبية، وتجميعها ووضعها في مكان آمن حتى تطلبها اللجنة. عندئذ إما أن يتم حفظ السجلات أو يتم إعدامها بطريقة مناسبة.

6. هذه المعلومات يشارك فيها أفراد مسئولون فقط للأغراض الجزائية.

تقرير ملخص عن تجميع البيانات المتعلقة بالفحص الإكلينيكي:

رقم المريض: _____ تاريخ المغادرة: _____

القسم / الخدمة: _____

السجل الطبي (الملخص الإكلينيكي) - ملخص موجز:

نعم لا

1. سبب البقاء بالمستشفى (إن كان مطبقا)

2. نتائج هامة

3. الخطوات المتبعة (ان كان مطبقا)

4. العلاج المستخدم

5. الاستخدام المناسب للاختصارات

6. حالة المريض عند الخروج من المستشفى (بالطريقة التي تسمح بعقد مقارنة بين

حالته عندئذ وحالته عند دخول المستشفى. مع تجنب استخدام المفردات المهمة

مثل: تحسن الحالة)

7. التعليمات التي تعطى للمريض عند خروجه من المستشفى: (الأسلوب الغذائي،

الدواء، الأنشطة البدنية، الرعاية المستمرة ومن الذي يقوم عليها)

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

التعليق:

التاريخ:

المراجع:

ادارة الجودة في قسم السجلات الطبية:

كما ذكرنا سابقا، فإن إدارة الجودة في قسم السجلات الطبية هي مسئولية كل موظف فيه. وتسهم إدارة الجودة في القسم في تحقيق التحسين الشامل في جودة الرعاية المقدمة لأكثر عملائنا قيمة وأهمية وهو المريض. وتوفر إجراءات ضمان الجودة دعما لا يقدر بثمن لمقدم الرعاية الصحية في المنشأة الخاصة بنا، كما تسهم في تحقيق أكفاً لإدارة للموارد القيمة والمحدودة.

يمكن تحقيق ضمان الجودة في قسم السجلات الطبية من خلال الالتزام بسياسات القسم وتوجيهاته الارشادية وقواعده ولوائحه التي تم وضعها من قبل المنشأة. ويمثل "التحسين المستمر للجودة (CQI) أحد السبل التي تقوم المنشآت عن طريقها بمراقبة وتحسين جودة خدماتها، فالتحسين المستمر للجودة يعمل على تعزيز وتحسين برامج ضمان الجودة الأخرى، وهو يركز على عدة عوامل في منشأة الرعاية الصحية منها خدمة العميل والتفوق الاكلينيكي والقيادة على كافة مستويات المنشأة. والسبيل لتحقيق ذلك يقوم على دراسة الأسلوب الفعلي لظهور وتطور المشكلة وايجاد الطرق لمنع حدوثها مرة أخرى بدلا من السعي لحلها عند وقوعها فعلا.⁽¹⁷⁾

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ان التحسين المستمر للجودة عملية تضم كافة الأطراف المعنية، فالجميع مسئولون عن ممارسة التحسين المستمر للجودة، ويجب توجيه كل الجهود نحو القيام بالأعمال بشكل صحيح من المرة الأولى تجنباً للتكرار والازدواجية والاستخدام المكلف وغير الملائم لموارد القسم المحدودة. ومن الممكن أن تسهم الاجراءات التالية في أنشطة ضمان الجودة بالقسم:

1. يجب على القسم الحفاظ على نظام حفظ واسترجاع فعال يسمح بالوصول لسجلات المرضى بسهولة واسترجاعها في الوقت المناسب والتعرف عليها بدقة.

2. يجب تطبيق التوجيهات الارشادية والقواعد واللوائح الخاصة بالمستشفى فيما يتصل بالسجلات غير المكتملة.

3. يعمل القسم على ضمان تدريب كافة الموظفين كل في مجال اختصاصه ومسئوليته وتحديث معلوماتهم أولاً بأول بشأن ادارة البيانات الصحية والتكنولوجيا الحديثة.

4. يجب أن يعمل القسم على ضمان كافة المعلومات الصحية الخاصة بالمريض والتأكد من أنها قابلة للتفسير (عرضة للمحاسبة) في جميع الأوقات. ويتم تأمين السجلات الطبية والتحكم فيها وتقديمها للأشخاص المصرح لهم فقط. كما يجب الالتزام بسياسة القسم الخاصة بإفشاء المعلومات بدقة ضماناً لسرية وخصوصية المرضى.

5. يجب على القسم الحفاظ على مستوى كاف من العمالة المدربة في جميع الأوقات لضمان جودة الخدمات المقدمة.

6. يحافظ القسم على بيئة مكتبية آمنة ومنظمة ومرتبطة مع مراعاة توفير مساحة كافية في المكان المخصص للحفظ المركزي وأثاث ومعدات جيدة الصيانة للإقلال من أخطار التعرض للحوادث والاصابات.

7. يجب على الموظفين التحلي باللباقة في جميع الأوقات عند التعامل مع عملاء القسم الداخليين

والخارجيين، كما يجب عليهم الاتصاف بحسن الانتباه ومراعاة شعور الآخرين والصبر عند قيامهم بأداء واجباتهم ومسئولياتهم.

8. يقوم مشرف السجلات الطبية بتمثيل القسم في لجنة السجلات الطبية، وعلى الرغم من أن الهيئة الطبية مسئولة عن مضمون وجودة السجل الطبي، إلا أن قسم السجلات الطبية يجب أن يقدم الارشاد والدعم للجنة في المجالات المتعلقة بعمله وخبرته. ويجب على القسم أن يحافظ على علاقة عمل فعالة مع اللجنة لتشجيعها على تقديم الدعم المتواصل من أجل تحقيق الإدارة الكفاء للقسم.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

9. يقوم مشرف السجلات الطبية بتمثيل القسم كعضو كامل العضوية في لجنة النماذج، وتمثل وظيفة هذه اللجنة في توفير الدعم فيما يتصل بإعداد واستخدام النماذج.

الفصل التاسع عشر
برنامج الترميز (الترميز) بالحاسوب

Computer Coding Program

المقدمة

بسبب ازدياد عدد الامراض والتشخيص والعمليات والإجراءات الطبية المختلفة التي يتم اجراءها في المستشفى؛ فقد ازدادت أعباء العمل في قسم السجلات الطبية، وأصبح من الضروري ادخال التكنولوجيا لتخفيف أعباء العمل ولضمان زيادة جودته، خاصة في مجال ترميز الامراض والتشخيص والإجراءات الأخرى، لذلك فقد أدخلت المستشفيات نظم الترميز باستخدام الحاسب الآلي، والذي يتضمن: التشفير باستخدام برنامج (ICD-10).

استخدام البرنامج

نظرة شاملة للبحث عن رمز المعلومات: (4,49,50,59,60).

1. البحث عن الرموز عن طريق شاشة البحث Search Screen
2. ادخال رقم رمزي محدد # Code
3. البحث عن الكلمات الرئيسية Search
4. استخدام قائمة الرموز السريعة للدلالة على الرموز (عن طريق Quick Codes)
5. فهم لائحة المعلومات المجدولة ((Tabular List)
6. الترتيب الفرعي للأكواد
7. اختيار الرمز
8. الرقم الخامس: تصنيف المعلومات فرعياً عن طريق الرقم الخامس
9. استطلاع بعض الملاحظات الأخرى (Other Notes)
10. اضافة علامة للملف (Bookmark)
11. نسخ النص على نافذة لوحة القص (Note pad)
12. طبع لائحة المعلومات المجدولة - استخدم الأمر (Print)
13. خريطة ايضاح لطريقة تفسير الأرقام الملونة في برنامج (ICD-10)

● اللون الأحمر يرمز الى طلب أرقام جديدة.

● اللون الأصفر يشير الى رمز غير محدد.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- اللون الأزرق الفاتح يشير إلى العملية القائمة ليست تشخيصاً مبدئياً.
- اللون الأزرق الغامق يشير إلى إجراء محدد.
- اللون الأخضر يشير إلى إجراء غير محدد.
- اللون الأحمر الثاني يشير إلى روابط القوائم المجدولة.

اختبارات التشفير:

استخدام اختبارات التقييم الذاتي.

التشفير باستخدام برنامج (ICD-10) (4.49.50.59)

1. الاستخدام العادي لبرنامج (ICD-10) للتشفير.

2. المصطلحات والتعليمات.

3. ملاحظات تعليمية.

4. ملاحظات.

5. التشفير لإنشاء ضرورة طبية.

6. اختيار التشخيص المبدئي.

7. تشفير الأغراض.

8. رموز وشفرات غير محددة.

9. حالات متداخلة.

10. أمراض واصابات متعددة.

11. المضاعفات أثناء وبعد إجراء الجراحة.

12. الاصابات الخطيرة والجروح.

13. الكسور.

14. التأثيرات المتأخرة.

15. اضطرابات الدورة الدموية.

16. اضطرابات عقلية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

17 . الحروق.

18 . رعاية أثناء الولادة.

19 . أحوال الجنين ما قبل الوضع.

20 . أصول التشخيص الرمزي طبقا لتعليمات الادارة المالية للرعاية الصحية (HCFA).

21 . مصطلحات تشريحية.

22 . تاريخ التشفير في نظام (ICD-10)

البحث عن معلومات الرمز: نظرة شاملة

هذا البرنامج يتيح للمستخدم أن يبحث عن قائمة معلومات مجدولة للأكواد من الجزء الأول في نظام (ICD-10-CM) الخاص بقائمة التشخيص المجدولة والجزء الثالث الخاص بقائمة الاجراءات المجدولة. (4.49.50.59)

تظهر شاشة المقدمة (Introduction Screen) بمجرد بدء البرنامج. من هذه الشاشة يمكن للمستخدم أن يشغل البرنامج أو أن يدخل الى برنامج المساعدة أو أن يحصل على شرح لنظام الترميز (الترميز) في برنامج (ICD-10)، كما تتيح هذه الشاشة أيضا تشغيل اختبار التقييم الذاتي للتكويد التشخيصي وأن يطلع على المعلومات المتعلقة بحقوق ملكية البرنامج.

عندما تدخل الى البرنامج تظهر شاشة البحث (Search Screen) وهي الشاشة الرئيسية التي يمكن من خلالها البحث عن أكواد برنامج (ICD-10).

يمكن البحث عن معلومات الرمز عن طريقتين:

1. ادخال رقم رمزي معين بواسطة استخدام الرقم الرمزي (# Code).

2. البحث عن الكلمات المرشدة باستخدام الباحث (Search).

تتيح امكانية الباحث ادخال أربع كلمات مرشدة في وقت واحد مع السماح باستخدام كل المصطلحات من فهرس برنامج (ICD-10-CM) في الجزء الثاني، وأيضا المصطلحات في الجزئين الأول والثالث. الرموز التي يبحث عنها مستخدم البرنامج بصورة متكررة يمكن اضافتها الى القائمة المرجعية المسماة باسم الأكراد السريعة (Quick Codes) عن طريق استخدام وظيفة علامات الملف (Bookmark)، ولا يحتاج المستخدم أن يتذكر قائمة أرقام الرموز السريعة تنظم الرموز طبقا للوصف الرمزي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

عندما تبحث عن أحد رموز برنامج (ICD-10) في قائمة المعلومات المجدولة تظهر الشاشة المجدولة (Tabular Screen) التي تعرض وصفا كاملا وطويلا للرمز المختار كما توضح كيفية وضع الرمز بصورة مناسبة في الفئة المسلسلة ذات الأرقام الثلاثة عن طريق هذه الشاشة يمكن للمستخدم أن يرى ملحوظات بالاحتواء أو الاستبعاد التي قد تؤثر على الرمز. هذا بالإضافة الى جميع التصنيفات الفرعية المطبقة على الرمز.

يمكن للمستخدم أيضا أن يشاهد الملحوظات الأخرى (Other Notes) الملحقة بالرمز، ويمكنه طباعة قائمة المعلومات المجدولة الى أمر الطبع (Print). تتيح الشاشة أيضا نقل المعلومات المجدولة باستخدام لوحة القص بالنافذة عن طريق استخدام مسودة الملاحظات (Notepad) والنص المنقول على لوحة القص يمكن اضافته الى أية برامج أخرى في النافذة.

شاشة المقدمة: (Introductory Screen)

تظهر الشاشة بمجرد بدء البرنامج وعن طريقها يمكن للمستخدم أن يقوم بالتالي:

1. تشغيل البرنامج.
2. الدخول الى برنامج المساعدة.
3. استخدام النظام التعليمي لتكويد برنامج (ICD-10).
4. تجربة الترميز التشخيصي عن طريق اختبارات التقييم الذاتي.
5. الاطلاع على حقوق الملكية.

الرقم الرمزي (# Code):

- يتم اختيار وظيفة الرقم الرمزي (# Code) من شاشة البحث (Search Screen) للبحث عن المعلومات الرمزية المتعلقة برقم كودي معين. إذا لم تعرف الرقم الرمزي قم باختيار وظيفة الباحث (Search).
- عندما تقوم باختيار وظيفة الرقم الرمزي تظهر نافذة باحث المصطلحات (Search term). أكتب رقم الرمز ثم اضغط زر الدخول (Enter) لتذهب الى الشاشة المجدولة (Tabular Screen).
- يقوم نظام التشغيل بتحذير المستخدم إذا قام بإدخال رقم كودي غير صالح ثم يعود تلقائيا الى شاشة البحث (Search Screen).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- تظهر شاشة البحث عندما يختار المستخدم أمر تشغيل البرنامج (Run Program) من شاشة المقدمة.
- شاشة البحث هي الشاشة الأولى التي يمكن للمستخدم من خلالها النظر الى المعلومات الرمزية لبرنامج (10-ICD).
- الشاشة الوسطى التي تكون دائما خالية عند بدء البرنامج أو عند البدء في جولة جديدة للبحث، تستخدم لوضع الفهرس بقائمة المداخل المختلفة عند القيام بالبحث عن أكواد (10-ICD) عن طريق الباحث (Search).

استخدامات الشاشة تتيح للمستخدم البحث عن الرمز بثلاثة طرق:

1. استخدام الرقم الرمزي ((# Code)) للبحث عن رقم كودي معين.
2. استخدام الباحث (Search) للبحث عن كود بإدخال أربعة كلمات مرشدة، تظهر نتائج البحث في النافذة الوسطى لشاشة البحث (Search Screen).
3. اختيار وظيفة الرموز السريعة (Quick Codes) للاطلاع على نافذة علامات الملف (Bookmarks) التي تعتبر مرجعا سريعا لقائمة من العلامات للأكواد المستعملة بصفة دائمة.

إن وظيفة شاشة البحث (Search Screen) التي يمكن الحصول عليها عن طريق الشاشة المجدولة (Tabular Screen) ترجع بالمستخدم مباشرة الى نافذة البحث في برنامج (10-ICD) لبدء جولة من البحث.

يوجد زران في الجزء الأيمن العلوي من شاشة البحث:

- الزر الأول يشبه قبعة التخرج ويسمح للمستخدم الدخول الى اختبارات التقييم الذاتي (راجع استخدام اختبارات التقييم الذاتي).
- بينما يشبه الزر الآخر علامة الاسعافات الأولية ويتيح استخدام برنامج المساعدة.

الباحث: (Search)

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

انتقي وظيفة الباحث من شاشة البحث (Search Screen) للبحث عن الرموز طبقاً للكلمات المرشدة في وصف الرمز. إذا كنت تعرف رقم الرمز الأفضل استخدام وظيفة الرقم الرمزي (# Code).

للقيام بالبحث يجب اتباع التعليمات الآتية:

1. من شاشة البحث اضغط على وظيفة الباحث (Search) حتى تظهر نافذة البحث في برنامج (10-ICD)، يمكن أيضاً الدخول إلى نافذة البحث عن طريق زر شاشة البحث (Screen Search) من الشاشة المجدولة (Tabular Screen).

2. أكتب أربع كلمات مرشدة في كتلة كلمات وعبارات البحث (Search words or phrase)، استخدم كلمات خاصة بتشخيص أو إجراء محدد، تجنب ربط الكلمات باستخدام or أو of أو ما شابه ذلك. يمكن استخدام بعض الاختصارات المعروفة ويوجد قائمة بالاختصارات المقبولة في ملف الاختصارات الموجود في مستندات الدائرة الفرعية. بعض المصطلحات المعينة للبحث تتطلب مستوى وخصائص فرعية للبحث. إذا استخدمت إحدى هذه الكلمات سيطلب البرنامج تحديدها أو موقعها. في حالة الخطأ الهجائي في إحدى الكلمات المرشدة سيقوم البرنامج تلقائياً بالتحذير وستظهر قائمة الكلمات المشابهة لانتقاء الكلمة الصحيحة.

3. اضغط على زر القيام بالبحث (Execute Search) لبدء العملية. سيبحث البرنامج في مجموعات متوافقة من كلمات البحث في كل من الفهرس والمعلومات المجدولة. عندما تنتهي عملية البحث تظهر النتائج في النافذة الوسطى الموجودة في شاشة البحث. ستوضع أفضل الرموز وأكثرها مناسبة للكلمات المرشدة في القائمة أولاً.

4. اضغط على أي رمز في النافذة للذهاب إلى الشاشة المجدولة (Tabular Screen) للكود المختار. (راجع فقرة فهم ألوان الأرقام الرمزية) (Understanding colored code numbers) للحصول على معلومات لتفسير قائمة الفهرس.

استخدام اختبارات التقييم الذاتي:

يوجد زران في الجزء الأيمن العلوي من الشاشة، الزر الذي يشبه قبعة التخرج يسمح لك بالدخول إلى اختبارات التقييم الذاتي، بينما يختص الزر الآخر الذي يشبه علامة الاسعافات الأولية بإحضار نظام المساعدة في البرنامج. استخدام اختبارات التقييم الذاتي يتضمن بعض الحيل وشرحها كالتالي:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

عندما نستخدم أحد اختبارات التقييم يدخل البرنامج الى صيغة خاصة بالاختبار، ويعمل البرنامج تحت هذه الصيغة الخاصة بصورة طبيعية إلا في حالات خاصة فلا يقبل أمر الطبع أو نقل الرموز الى لوحة القص أو إضافة أية رموز سريعة الى قائمتك الخاصة بالرموز. وهذه الأزرار الموجودة في الشاشة المجدولة (Tabular Screen) يتم استبدالها بأزرار خاصة بالاختبار الذاتي:

1. زر قبول الرمز (Accept Code) يسمح للمستخدم أن يضيف أكوادا الى إجابته على السؤال القائم.

2. زر السؤال التالي (The Next Question) يسمح للمستخدم بإضافة رموز أخرى الى السؤال القائم أو بتسجيل درجة السؤال أو الانتقال الى السؤال التالي.

3. زر نقاط الاختبار (Score test) الذي يمكن الوصول اليه عن طريق زر السؤال التالي (The Next Question) يسمح للمستخدم أن يسجل نقاط الأسئلة المنتهية ثم انهاء الاختبار. انهاء الاختبار يعود بالبرنامج الى صيغته الطبيعية ويستعيد كل استخدامات البرنامج العادية.

أسس الترميز (التكويد) باستخدام برنامج (ICD-10):

كل مسافة أو شكل الحرف أو المسافات في بداية الفقرات أو علامات التنصيص تحدد كيفية تفسير كودات برنامج (ICD-10). تم تطوير هذه الأسس لمساعدة المستخدم لتوفيق الرموز الصحيحة المتعلقة بالتشخيص الذي يواجهه المستخدم. وتؤثر أسس الترميز (التكويد) في البرنامج على:

● المصطلحات والتعليمات.

● الملاحظات التعليمية.

● الملاحظات.

أولاً: المصطلحات والتعليمات:

أسس الترميز اللاحقة تؤثر على مصطلحات الفهرس الملحقة في قائمة شاشة البحث (Screen Search)، وأيضا على المصطلحات والرموز الموضوعه تحت قائمة الشاشة المجدولة (Tabular Screen).

1. الصيغة: (Format)

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المصطلحات الفرعية في الفهرس يسبقها مسافتين الى اليمين من المصطلح الملحقه به. إذا احتاج التعريف الى أكثر من سطر واحد يتم كتابته تلقائيا في السطر التالي ويسبقه أربع مسافات.

مثال:

Pharynx	478.29
Lymphoid (infectious tissue) (wall)	478.29
Pituitary (fossa) (gland)	253.8

2. المعدلات الأساسية: (Essential Modifiers)

مصطلحات الفهرس يتم وضعها في قائمة طبقا لصيغة ذات مسافة خاصة.

المصطلحات الفرعية، التي تسبقها مسافتين على اليمين من المصطلح الأساسي، تسمى المعدلات الأساسية، إذا لم يكن هناك أكثر من معدل أساسي واحد بعد المصطلح الرئيسي يتم فصلهما بفاصلة.

مثال:

Weight (highlighted in left listbox) gain (abnormal) (excessive)	783.1
during pregnancy	646.1
insufficient	646.8
less than 1000 grams at birth	765.0
loss (cause unknown)	783.2

3. المعدلات غير الرئيسية: (Nonessential Modifiers)

المعدلات غير الرئيسية هي عبارة عن مصطلحات فرعية تتبع المصطلح الرئيسي وتكون موضوعة بين قوسين. وتوضح هذه المعدلات التشخيص، ولكن لا يمكن اعتبارها أجزاء أساسية من المصطلح الرئيسي.

مثال:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

Knee (and ankle) (and foot) (and leg, except thigh 959.7

labium (majus) (minus) 959.1

4. أنظر: (See)

هذا الأمر يوجه المستخدم الى فهرس أكثر تحديدا ويمكن من خلاله العثور على الرمز الصحيح.

مثال:

abortion - see Abortion, by type

5. أنظر أيضا: (See Also)

يعود الى مصطلحات أخرى في الفهرس يمكن أن تقوم بتزويد معلومات إضافية لاختيار كود تشخيصي.

مثال:

ectopic pregnancy (see also categories 633.0 - 633.9)

6. أنظر النوعية: (See Category)

يشير هذا الأمر الى أنه يجب على المستخدم أن يراجع النوعية المحددة في الفهرس قبل اختيار الرمز.

مثال:

brain (any part) ate effect - see category 326

7. الرمز أيضا: (Code also).

هذا الأمر يستخدم في القائمة المجدولة لغرضين:

أ - لتكويد محتويات أحد الاجراءات التي تم اجراؤها في وقت واحد.

ب - لتكويد استخدام برامج أو أدوات إضافية خاصة.

مثال:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

Insertion of catheter into spinal canal (03.90)

Code also any implantation of infusion pump (86.06)

8. الاجراءات المتزامنة: (Synchronous Procedures)

بالنسبة لبعض إجراءات التشغيل الموضوعة في الجزء الثالث من (ICD-10-CM) يجب تسجيل المكونات الفردية للبرنامج الفرعي. في هذه الحالات يضم الفهرس الهجائي كل الرموز.

مثال:

Elevation of skull fracture fragments (02.02)

Reduction of skull fracture

Code also any synchronous debridement of brain (01,59)

9. إلغاء الرمز (Omit Code)

المصطلحات التي تعرف الصور الجراحية المختلفة لفتح الجسم؛ يتم ترتيبها في الفهرس على أنها مصطلحات رئيسية، إذا كان الفتح قد تم إجراؤه بغرض التجهيز لإجراء جراحة يظهر أمر إلغاء الرمز.

مثال:

larynx NEC 31.3

ligamentum flavium (spine) - omit code liver 50.0

10. ان اي سي: (NEC) .

ترمز هذه الحروف الثلاثة الى عبارة (Not Elsewhere Classifiable) التي تعني "غير قابل للتصنيف في أي مكان آخر". وتعرف هذه الرموز ومصطلحات الفهرس التي يمكن استخدامها فقط في حالة نقص المعلومات اللازمة لتكويد التشخيص من نوعية أكثر تخصيصا. راجع باب الرموز غير المحددة (Unspecified Codes).

مثال:

specific site NEC 006.8

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

11. ان او اس (NOS):

ترمز هذه الحروف الى اختصار عبارة (Not Otherwise Specified) أي "لا يحدد بطريقة أخرى". وتدل على أن الرمز غير محدد، وأنه يجب بقدر الامكان مواصلة البحث على كود محدد (راجع الرموز غير المحددة).

مثال:

(unspecified codes)

Acute pericarditis, unspecified (420.90)

Pericarditis (acute):

NOS

Infective NOS

12. علامات الترقيم:

● تستخدم علامة التنصيص (:) بعد المصطلح غير الكامل الذي يحتاج الى معدل واحد أو أكثر لجعله قابلا للتخصيص في الفئة المعطاة.

مثال:

Obstructive chronic bronchitis (491.2)

Bronchitis:

Asthmatic chronic

● يستخدم القوسان [] للإحاطة بمرادف أو كلمة بديلة أو عبارة تفسيرية.

مثال:

Acute and subacute endocarditis (421.0)

Subacute bacterial endocraoditis [SBE]

● الأقواس () تحوي كلمات ملحقة والتي يمكن أن تضاف أو تحذف في تقرير عن مرض أو إجراء معين بدون التأثير على الرقم الرمزي للعملية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مثال:

Coxsackie (virus) (074.22)

Gonococcal (098.84)

histoplasmosis (115.0 - 115.9 with fifth digit 4)

ثانياً: الملاحظات التعليمية: (Instructional Notes)

لتحديد أكواد تشخيصية بأعلى مستوى من الدقة يجب اتباع أربع أنواع من الملاحظات التعليمية. هذه الملاحظات تؤثر على مواصفات الرمز في الشاشة المجدولة (Tabular Screen).

1. احتواء: (Includes).

تظهر هذه الملاحظة فوراً تحت أي كود مكون من ثلاثة أرقام في القائمة المجدولة لتزيد من تعريف الفئة المذكورة أو تعطي أمثلة لمحتوياتها.

مثال:

800 fracture of vault skull

includes: frontal bone

parietal bone

2. استبعاد: (Excludes).

هذه الملاحظة تعرف المصطلحات التي لا يجب تكويدها تحت المصطلح الرئيسي المشار إليه في القائمة المجدولة. هذه الملاحظة لا تمنع المستخدم من استخدام الرموز المستبعدة بالإضافة إلى الرمز الرئيسي التي تم استبعادها منه في حالة توفر كلا الحالتين.

مثال:

Sensoineural hearing loss (389.1)

Perceptive hearing loss or deafness

Excludes

abnormal auditory perception

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

(388.40-388.44)

3. استخدام كود اضافي

إذا رغبت في ذلك (Use additional code if desired)

وتظهر هذه الملحوظة في فئات معينة من القائمة المجدولة عندما تكون هناك حاجة لإضافة معلومات أكثر، عن طريق استخدام كود إضافي، لإعطاء صورة أكثر تكاملاً عن التشخيص أو الإجراء.

مثال:

421.0 Acute and Subacute endocraditis

Subacute bacterial endocraditis [SBE]

Use additional code, if desired, to

identify infections organism [e.g.,

Streptococcus 041.0

Staphylococcus 041.1]

4. الرمز الذي يحدد المرض الأساسي (Code also underlying disease)

هذا الأمر يستخدم في الفئات المذكورة في القائمة المجدولة والتي لا تتضمن التشخيص الأساسي. يظهر الرمز وعنوانه والتعليمات اللازمة تحت هذا المؤشر ويتطلب الرمز أن يتم تسجيل المرض الأساسي في الخطوة الأولى ثم يتبعه تسجيل العلامات المحددة.

مثال:

Acute and subacute infective (421.1)

endocarditis in diseases classified elsewhere

Code also underlying disease, as:

Blastomycosis (116.0)

typhoid (fever)

(002.0)

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

Quick Codes:ثالثاً: الرموز السريعة

انتقي وظيفة الرموز السريعة (Quick Codes) من شاشة البحث (Search Screen) للاطلاع على نافذة علامات الملف (Bookmark Windows) التي تعرض قائمة مرجعية جاهزة للأكواد المستعملة بصورة منتظمة. وهذه العلامات تعتبر وسيلة سريعة للذهاب مباشرة إلى الشاشة المجدولة (Tabular Screen) لأحد الرموز المنتقاة. وتعرض وظيفة الرموز السريعة هذه الرموز منظمة بحسب وضعها الرمزي ولهذا لا يجب على المستخدم أن يتذكر أرقام الرموز.

ملحوظة:

عندما تفتح نافذة علامات الملف لأول مرة لن يظهر بها أية علامات يجب على المستخدم أن يضيف هذه العلامات بنفسه إلى النافذة باستخدام وظيفة علامات الملف Bookmark التي يمكن الحصول عليها من الشاشة المجدولة Tabular Screen.

1. لاختيار إحدى علامات الملف قم بالضغط على اسم العلامة. يوجد كتلة نص في أسفل النافذة.

2. تحت مسمى "علامات الملف المختارة حالياً (Currently selected bookmark).

3. لإيضاح اسم العلامة المنتقاة.

4. للذهاب إلى الشاشة المجدولة Tabular Screen من أجل العلامة المنتقاة اضغط مرتين على العلامة أو اضغط على زر الذهاب إلى علامة الملف (Go to Bookmark).

5. لتغيير اسم العلامة اتبع الخطوات التالية:

● اضغط على علامة الملف لاختيارها.

● اكتب الاسم الجديد في كتلة الكتابة المعروفة باسم "علامات الملف المختارة حالياً".

● اضغط على زر تغيير اسم العلامة (Change Bookmark Name).

6. لحذف إحدى علامات الملف اتبع الآتي:

● انتقي العلامة عن طريق الضغط عليها.

● اضغط على زر حذف العلامة (Delete Bookmark).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

7. لإغلاق نافذة علامات الملف اضغط على زر انتهى (Done).

** الشاشة المجدولة (Tabular Screen):

تظهر الشاشة المجدولة عند اختيار الرموز عن طريق الرقم الرمزي (# Code) أو الرموز السريعة (Quick Codes) أو عند اختيار أحد المصطلحات من شاشة البحث (Search Screen) بعد إجراء عملية بحث Search. توضح النافذة الوسطى من الشاشة المجدولة وصفاً طويلاً وكاملاً للكود المختار بالإضافة إلى ما يطبق عليه من عمليات الحذف والإضافة.

** الترتيب الهرمي للأكواد Code Hierarchy:

على غرار القائمة المجدولة في الجزء الأول من برنامج (10-ICD) توضح الشاشة المجدولة كيفية ترتيب الرمز المختار في النظام الهرمي لفئة الرمز.

فعلى سبيل المثال: إذا اختار المستخدم البحث عن كود مكون من أربعة أرقام فإن الشاشة المجدولة توضح الوصف الكامل لنوعية الرموز الثلاثية الأرقام السابقة للكود المختار بالإضافة إلى أية أكواد خماسية الأرقام تأتي بعده. توضح الشاشة أيضاً أية ملحوظات عن الإضافة أو الحذف التي قد تؤثر على الرمز. راجع أمثلة القائمة المجدولة (Tabular List Example).

اختيار الرمز: Selecting a Code

في الشاشة المجدولة يتم تعريف الرمز المختار عن طريق الوصف الرمزي للمستخدم أن يضغط على أي كود في الشاشة المجدولة - حتى الرموز المشار إليها الملاحظات الحذف أو الإضافة - لتعريفه على أنه كود مختار تقوم النافذة الوسطى على الشاشة بإعادة عرض الترتيب الهرمي والقائمة المجدولة الصحيحة للكود المختار.

لمزيد من المعلومات راجع أمثلة القائمة المجدولة (Tabular List Example).

- النافذة السفلية اليمنى تظهر معلومات عن التصنيفات الفرعية رباعية أو خماسية الأرقام التي يمكن تطبيقها على الرمز المختار.
- تقوم وظيفة إضافة الملحوظات (Sticky note) بالسماح للمستخدم أن يضيف أية تعليقات على الرمز المختار. يمكن استخدام هذه الوظيفة بالضغط على زر الفأرة الأيمن.

وظائف الشاشة المجدولة: Tabular Screen Function

يوجد ستة وظائف للشاشة المجدولة:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

1. وظيفة الرجوع Back تسمح بالعودة لأخر شاشة تم استخدامها.
2. وظيفة شاشة البحث Search Screen تسمح بالعودة لشاشة البحث. يقوم نظام البرنامج آلياً بفتح نافذة البحث في برنامج (ICD-10) لإتاحة الفرصة للمستخدم بالقيام بعملية بحث جديدة.
3. تعرض وظيفة ملاحظات أخرى (Other Notes) أية ملاحظات إضافية يمكن تطبيقها لتتوافق مع الرمز أو الفئة المختارة.
4. اختيار وظيفة علامة الملف Bookmark يتيح إضافة الرمز إلى قائمة معدة سلفاً للرجوع إلى الرموز دائمة الاستخدام. يمكن أيضاً الدخول إلى هذه القائمة عن طريق الرموز السريعة (Quick Codes) الموجودة في شاشة البحث (Search Screen).
5. وظيفة مسودة الملاحظات (Note Pad) تسمح بنقل معلومات عن الرمز إلى لوحة القص بالنافذة الرئيسية.
6. أمر الطبع Print يسمح بطبع المعلومات الرمزية.

** الملاحظات الأخرى: Other Notes

يتم اختيار هذه الوظيفة من الشاشة المجدولة Tabular Screen لعرض الملاحظات التي تطبق على الرمز المختار في القائمة المجدولة. يمكن استخدام قضيب اللف في أسفل الشاشة لاستكمال عرض المعلومات وقت الحاجة. بعد الانتهاء من عرض الملاحظات يمكن استخدام أمر الرجوع Back للعودة إلى الشاشة المجدولة Tabular Screen. يمكن أيضاً استخدام أمر شاشة البحث Search Screen للعودة إلى شاشة البحث والبدء في جولة أخرى من البحث.

مسودة الملاحظات: (Note Pad)

● اختيار مسودة الملاحظات من الشاشة المجدولة Tabular Screen يتيح نسخ أرقام الرموز في لوحة القص بالنافذة الرئيسية. بعد نقل النص إلى اللوحة يمكن إضافته إلى أي برنامج آخر في النافذة.

● لنسخ النص في لوحة القص يلزم القيام بالآتي: Clipboard.

1. من النافذة المجدولة قم باختيار وظيفة مسودة الملاحظات Note Pad لإظهار أمر النسخ إلى نافذة لوحة القص. سيظهر الرمز المختار في كتلة المسودة في الجزء الأيسر السفلي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

2. إذا رغبت في كود مختلف ادخل إلى صندوق الرمز لإعطاء أمر الحفظ Save يقوم البرنامج بكشف مدى صلاحية الرمز ويعطي النتيجة. سوف يظهر الرمز بعد ذلك في النافذة الفرعية تحت عنوان "محتويات المسودة الحالية" (Current Note Pad Contents).

3. اضغط على زر الإدخال في لوحة القص Dump to Clipboard لنقل محتويات المسودة إلى لوحة القص.

لحذف جزء من محتويات المسودة يجب على المستخدم إجراء الخطوات التالية:

1. اختيار الرمز المراد إلغاؤه من النافذة الفرعية "محتويات المسودة الحالية".

2. اضغط على زر إلغاء الرمز المختار (Delete Selected).

- لإلغاء كل محتويات المسودة اضغط على زر الإلغاء الكلي Delete All.
- لإغلاق عملية النسخ في لوحة القص اضغط على زر "انتهى" Done.
- لتغيير أحد الرموز في القائمة يتم اختياره أولاً ثم اكتب الرمز الجديد في نافذة الرمز العليا بعد ذلك يجب الضغط على زر التغيير Change.

الترميز لإيضاح الضرورات الطبية:

- الرموز التشخيصية توضح الضرورة الطبية لخدمات الطبيب عن طريق وصف ظروف حالة المريض.
- إدخال الأسس التالية على أسلوب التشخيص الرمزي للمستخدم يساعد على ضمان أن الرموز التشخيصية المختارة سوف تعرض الضرورات الطبية بصورة مناسبة.
- ادخل التشخيص الأولي، الحالة، المشكلة وأية أسباب أخرى للخدمة أو الإجراء الطبي.
- حدد الرموز بأعلى مستوى من الدقة.
- تجنب استخدام أية عبارة لاستبعاد أي مرض أو سبب مرض. إن أية غلطة قد تؤدي إلى وصف المرض بإحدى الحالات التي تم استبعادها.
- ادخل أعراض المرض في أحد الرموز إذا لم تتمكن من الوصول إلى تشخيص دقيق من خلال الفحص بدلاً من استبعاد أية احتمالات.
- كن دقيقاً بقدر الإمكان في وصف حالة المريض أو أعراضه أو مرضه.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- حدد الفرق بين الحالات الحرجة والمزمنة إذا كان ذلك ضرورياً.
- عرف الحالات الحرجة في المواقف الطارئة مثل الغيبوبة أو فقد الوعي أو النزيف الحاد أو ما شابه ذلك.
- عرف التشخيص الثانوي إذا أمكن تطبيقه.
- كن حذراً عند تكويد الأمراض السابقة.
- قم بإعداد قائمة عن العوامل الإضافية التي تؤثر على صحة المريض عند ظهورها.
- حدد كيفية وقوع الإصابات.
- تحقق من إرشادات المؤمن بدلاً من محاولة إدخال كل المعلومات إلى القائمة.
- لا تقم بتكويد الشكاوى المزمنة إلا بعد الوصول إلى علاج للحالة.

المعلومات التالية تعرف بمبادئ إيضاح الضرورات الطبية:

Selecting the Primary Diagnosis	اختيار التشخيص الأولي
Coding Symptoms	تكويد الأعراض
Unspecified Codes	أكواد غير محددة
Csexng Conditions	حالات متداخلة
Multiple Injures and Diseases	إصابات وأمراض متعددة
Surgical and Postoperative Complications	مضاعفات أثناء وبعد الجراحة
Injury and Trauma	الإصابات الخطيرة والجروح
Fractures	الكسور
Late Effects	التأثيرات المتأخرة
Circulatory Disorders	اضطرابات الدورة الدموية
Mental Disorders	الاضطرابات العقلية
Burns	الحروق
Obstetrical Care	العناية بالحمل والولادة
Perinatal	أحوال الجنين ما قبل الوضع

1. اختيار التشخيص الأولي Selecting the Primary Diagnosis

يعتبر التشخيص الأولي السبب الحالي والأوضح للخدمات أو الإجراءات التي تم القيام بها. عند تكويد الحالات السابقة تأكد من أن الرمز التشخيصي المختار يوضح السبب الحالي للعلاج.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الطبي. تستطيع أن تدخل كود المرض المزمن إذا كنت تعالج المريض من هذه الحالة، ولكن إذا قدم المريض وهو يعاني من حالة أخرى غير مرضه المزمن قم بتكويد الحالة الجديدة فقط. أيضاً تجنب تكويد أي تشخيص لم يعد مطبقاً على المريض إذ تم علاج المرض أو الحالة بصورة ناجحة ونهائية لا يجب تكويد هذا المرض.

2. تكويد الأعراض المرضية Coding Symptoms

برنامج (10-ICD) لا يحتوي على أكواد غير دقيقة لهذا لا يجب تكويد أي تشخيص قائم على الاحتمالية أو الشك أو استبعاد إمكانية حدوث بعض الأمراض. قبل الصيغة الحالية كان من الخطأ والخطورة بمكان أن تحتوي القائمة على كود قائم على عبارة (الاستبعاد Rule-out) ولكن العديد من المستخدمين حاولوا تفسير هذه الموضوعات بصورة صحيحة نظراً لأن العديد من ملفات الأطباء كانت تحتوي على هذه العبارة. مع الصيغة الجديدة - التي توفر نوعاً من الفهم لأساليب الترميز المناسبة - مثل هذه العبارة ستدفع المستخدم إلى البحث في أعراض أو شكوى لفترة طويلة.

المؤمنون ليسوا على استعداد لدفع أموالهم للحصول على تشخيص غير دقيق قائم على استبعاد إمكانية حدوث بعض الأمراض، ولكنهم سيدفعون للحصول على تشخيص دقيق للأعراض.

3. الرموز غير المحددة Unspecified Codes

الرموز غير المحددة والمصطلحات العامة لا يمكنهم توضيح أية ضرورة طبية ولهذا يجب على المستخدم وصف حالة المريض وأحواله بدقة. في الحالات التي لا يمكن الوصول إلى تشخيص إكلينيكي محدد يمكن استخدام بعض الرموز غير المحددة.

في بعض الأحوال يكون التشخيص غير المحدد هو كل ما يمكن الوصول إليه من معلومات بعد الزيارة الأولى للمريض. وعلى أي حال يجب بعد التوصل إلى معلومات محددة عن المرض وإدخال التشخيص إلى ملف المريض أن يتم استخدام أكواداً أكثر دقة. يمكن أن يتغير التشخيص عدة مرات أثناء العلاج بتوافر المزيد من المعلومات عن الحالة المرضية.

يوجد في برنامج (10-ICD) مصطلحان للإشارة إلى التشخيصات غير المحددة.

- ان اي سي (NEC) وترمز هذه الحروف إلى اختصار لعبارة غير مصنف في أي مكان آخر (Not Elsewhere Classifiable) التي تشير أن المصطلح الرئيسي غير واضح أو غير معرف بدقة. استخدم أحد الرموز في حالة ما لم تتوافر أية معلومات أخرى يستخدم هذا المصطلح (NEC) فقط في الجزء الثاني (الفهرس).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

● ان او اس (NOS) وترمز إلى اختصار عبارة لا يحدد بطريقة أخرى (Not Otherwise Specified) وهو معادل للاختصار الأول ولكنه يستخدم فقط في الجزء الأول (القائمة المجدولة) "Tabular List".

- عدم التحديد يشير أيضاً إلى الحاجة إلى المزيد من المعلومات لتأكيد المصطلح بصورة أكثر دقة. في هذه الحالة يكون الرقم الرابع من الرمز دائماً هو رقم (9).

- إذا كان الرقم الرابع في الرمز من (صفر إلى سبعة) يشير هذا إلى المعلومات الدقيقة المتعلقة بالمصطلح أو الحالة.

- يتم الاحتفاظ بالرقم الرابع (8) لمعلومات أخرى.

4. مضاعفات أثناء وبعد الجراحة Surgical and Postoperative Complications

معظم أكواد التشخيص المتعلقة بالمضاعفات أثناء وبعد الجراحة توجد في الفئات بين (966-999.0) إلى 999.0 في الجزء الأول.

في حالة المضاعفات أثناء الجراحة يتم تصنيف الحالة أثناء الجراحة في صورة تشخيص أولي ثم يتبعه تصنيف المضاعفات كتشخيص ثانوي. يحدث العكس في حالة مضاعفات ما بعد الجراحة حيث يتم تكويد المضاعفات على أنها تشخيص أولي بينما تسجل حالة المريض أثناء الجراحة على صورة تشخيص ثانوي.

على سبيل المثال: في حالة إجراء جراحة لاستئصال الرحم المصاب بالسرطان قد تعاني المريضة من متاعب في القلب ثم تتعافى وتتم العملية بدون متاعب أخرى.

يكون الرمز التشخيصي في هذه الحالة كما يلي:

182.0 ورم حديث متدهور في جسم الرحم (التشخيص الأولي).

997.1 مضاعفات قلبية. متاعب في القلب أثناء الجراحة (التشخيص الثانوي).

ولكن في حالة حدوث الجراحة بدون متاعب ثم تعاني المريضة من تلوث في الجرح بعد يومين من الجراحة يكون الرمز التشخيصي كالآتي:

998.5 تلوث بعد الجراحة.

182.0 ورم حديث متدهور في جسم الرحم.

5. اضطرابات الدورة الدموية Circulatory Disorders:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الأمراض التي تنتاب الدورة الدموية يتم تصنيفها في الفئات (390-459) هذا القسم يتضمن رموزاً للأمراض الناتجة من الارتفاع الشديد في ضغط الدم التي يتم فهرستها هجائياً في جدول ارتفاع الضغط Hypertension Table في الجزء الثاني (الفهرس). يتضمن هذا الجزء أيضاً أكواداً تتعلق بتجلط أنسجة عضلات القلب "Myocardial Infarction (MI)".

تنفرد هذه الرموز ببعض الضمانات. فالرمز رقم 410 يتضمن تصنيفات فرعية رباعية الأرقام قائمة على الموقع المحدد لعضلة القلب المصابة وأيضاً يتضمن تصنيفات خماسية الأرقام لطرق رعاية الحالة في الغالب تصنف هذه الحالة على أنها حالة دقيقة إذا استمرت لمدة ثمانية أسابيع أو أقل وبعد مرور هذا الفترة يتم تصنيفها على أنها حالة مزمنة. هذا النظام قد يسبب بعض المشاكل لكل من مدخل الرمز والمؤمن.

في برنامج (10-ICD) يتم تطبيق التشخيص الدقيق حتى أثناء الثمانية أسابيع الأولى من العلاج. إذا خرج المريض من المستشفى ثم عاد إليها وهو يعاني من نفس المرض في عضلة أخرى بالقلب يتم استخدام الرقم الرمزي الخماسي الأول (1 fifth digit) الذي يوضح المرحلة الأولى من الرعاية الطبية. ولكن إذا كان سبب الدخول متعلق بالمرض السابق تظهر الحاجة إلى مرحلة تالية من الرعاية عن طريق الرقم الرمزي الخماسي (2 fifth digit).

افحص بعناية الملحوظة الموجودة في الجزء الأول (القائمة المجدولة Tabular List) تحت الرقم الرمزي (410) حتى تكون مستعداً للإجابة على أسئلة المؤمنين إذا استخدمت كود خماسي واحد بصورة متكررة أثناء فترة الثمانية أسابيع.

يُعرّف الرمز رقم (412) العضلة القلبية المضارة سابقاً - والتي تم علاجها وتم تشخيصها عن طريق اختبار ECG أو أي اختبار آخر بدن أن تؤدي إلى أية أعراض.

6. الحروق: Burns

ترميز (تكويد) الحروق هو إحدى الحالات الأخرى التي لا يمكن فيها استخدام كود واحد لوصف الحالة بدقة للمؤمن. يتم تكويد الحروق طبقاً لمكان الحرق، درجة الحروق وحجمها. الفئات من (940-947) تختص بمكان الحرق في الجسم في حين توضح الأرقام الرباعية درجة الحروق.

تتطلب العديد من الحروق استخدام أرقام خامسة لتحديد موقع الحرق بصورة أكثر دقة. تعتبر الفئة رقم (948) من ضمن الرموز الفريدة في برنامج (10-ICD) حيث أنها تقيس اتساع سطح البشرة المحروق.

ارشادات لتكويد الحروق:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- استخدم الرموز من (940-947) لترميز الحرق عن طريق تحديد مكانه أولاً ثم انتقي رقماً رابعاً طبقاً لدرجة الحرق.
- استخدم رقم (948) الذي يحتوي أرقاماً رباعية تحدد بدقة نسبة الجزء المحروق من الجسم.
- استخدم الرقم الخامس المناسب للإشارة إلى نسبة الحروق في الجسم في حالة الحروق من الدرجة الثالثة.
- الرقم الخامس (صفر) يستخدم إذا كانت الحروق من الدرجة الثالثة غير محددة أو تشكل أقل من (10) في المئة
- من الجسم.

7. الرعاية أثناء الحمل والولادة Obstetrical Care:

يوجد العديد من النقاط غير العادية عند توكيد الرعاية أثناء الحمل والولادة.

- كل الرموز في هذا الجزء من برنامج (10-ICD) باستثناء أربعة أكواد فقط تتطلب دقة خاصة عن طريق أكواد رباعية أو خماسية الأرقام. أربعة أكواد يوجد أيضاً ملاحظات تعليمية خاصة متناثرة خلال هذا الجزء ولهذا يجب الاهتمام بالجزء الأول اهتماماً خاصاً.
- يتعلق الرمز رقم 650 بالولادة الطبيعية التي تحدث بدون مضاعفات أثناء الفترات الثلاثة - الحمل
- الوضع - وفترة بعد الوضع.
- يمكن استخدام الرمز (V 27) ككود مساعد لتسجيل نتيجة الوضع. استخدام هذا الرمز يعد أفضل من استخدام أي كود في الفئات بين (630-676).

متابع الحمل قد تظهر مبكراً أو أثناء الولادة أو في فترة المتابعة بعد الولادة لاحظ بعناية وقت حدوث المضاعفات نظراً لأهمية هذه المعلومة في اختيار أرقام إضافية. في معظم الحالات الأرقام المناسبة تظهر بين قوسين تحت الرمز المختص.

كن منتمياً للموقف الفريد الذي يظهر مع الفئات التالية:

645 الحمل طويل المدة.

657 زيادة السائل الأمنيوسي.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

670 عدوى النفاس الرئيسية.

672 حمى مجهولة المصدر أثناء النفاس.

يشير برنامج (ICD-10) إلى أن هذه الرموز تتطلب رقماً خماسياً ولكن لا تقدم أرقاماً رباعية. نظرياً يمكن تسجيل الرقم الخامس على أنه رقم رابع أو وضع "صفر وهي" في مكان الرقم الرابع، ولكن الأفضل التشاور مع المؤمنين بخصوص هذه الحالة. قد تظهر مشكلة أساسية أخرى إذا عانت المرأة الحامل من مشكلة غير متعلقة بالحمل. في هذه الحالة يلزم تكويد المشكلة الصحية على أنها السبب الرئيسي للكشف.

8. أحوال الجنين ما قبل الوضع Perinatal Conditions:

حالات ما قبل الوضع تتعلق بالجنين وتسجل في الفئات من 760-779 فترة ما قبل الوضع هي إطار زمني محدد يتضمن جزء من فترة الجنين (أثناء الحمل الحقيقي) وفترة ما بعد الوضع.

العديد من الرموز تحت هذا النطاق تصنف بدقة متى يمكن استخدام الرمز أثناء فترة نمو الجنين. فالرمز رقم 765 على سبيل المثال - يشمل فترة النمو لأقل من 28 أسبوعاً. فترة ما بعد الولادة غير معرفة بصورة خاصة، ولكنها تمتد حتى الأسبوع الرابع من الوضع. إحدى الملحوظات المقدمة في هذا القسم قد تؤدي إلى بعض الارتباك. تقول الملحوظة أن هذه الرموز تتضمن الحالات التي بدأت ما قبل الوضع حتى إذا حدث المرض أو الوفاة فيما بعد.

السؤال الأساسي في هذه الحالة هو متى بدأت المشكلة. فعلى سبيل المثال يشمل الرمز رقم 779 كل ما يتعلق بالكشف على الأطفال الذين يعانون من تشنجات بدأت قبل الولادة واستمرت حتى ما يقرب من عام. يجب مراعاة الدقة في قراءات ملحوظات الإضافات والحذف في هذا القسم والأهم في ذلك يجب تذكر أن هذه الرموز تصف الحالة الصحية للطفل وليس للأم.

9. إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO) للترميز التشخيصي:

WHO Guidelines for Diagnostic Coding:

تلتزم جميع الدول بإرشادات منظمة الصحة العالمية للترميز التشخيصي، لذلك يجب أن تستند إجراءات التشخيص لنظام (10-ICD) للترميز التشخيصي، وأن الأطباء الذين يحصلون على مخالفات متكررة قد يحرمون من الحصول على مستحقاتهم في حالة عدم التزامهم بالنظام.

وتقدم الإدارات الصحية في جميع الدول إرشادات خاصة للمساعدة في وضع مقياس موحد لنظام الترميز الأمريكي، وهذا تلخيص للإرشادات التي تتعلق بالمرضى من الخارج ومكاتب الأطباء والرعاية المساعدة:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

1. عرف كل خدمة أو إجراء أو مساعدة عن طريق كود (ICD-10) لوصف التشخيص، أو الأعراض، أو المتاعب، أو الحالة.
2. عرف الخدمات أو الزيارات المنزلية في ظروف غير متعلقة بالمرض أو الإصابة مثل متابعة الرعاية بعد العلاج الكيماوي- عن طريق أكواد حرف (V Codes) V المخصصة لهذا الغرض.
3. قم بإدخال كود التشخيص المبدئي أولاً ثم الثانوي ثم الثالث إلخ. كود ادخل أيضاً أكواد الحالات المتداخلة التي تؤثر على علاج المريض كمعلومات إضافية – لا تقم بتكويد التشخيص الذي لم يعد مطبقاً على المريض.
4. قم بالترميز بأعلى درجة من الدقة ادخل الرمز الرقمي حتى الرقم الرابع أو الخامس في حالة توفرهم.
- تذكر أنه هناك حوالي 100 أكواد ثلاثية الأرقام صالحة للاستخدام بينما تتطلب بقية أكواد (ICD-10) أرقاماً إضافية.
5. ادخل كود التشخيص المزمّن إذا كانت هناك حاجة لتطبيقه على علاج المريض.
6. إذا لم يحصل المريض إلا على خدمات مساعدة اختر الرمز المناسب من قائمة (V Codes) أولاً، ثم قم بإدخال كود المشكلة.
- على سبيل المثال: إذا حصل المريض على خدمات علاجية مساعدة كالعلاج الطبيعي يتم استخدام V Code أولاً ثم الرمز الخاص بالحالة الصحية.
- للإجراءات الجراحية قم بتكويد التشخيص الذي يمكن تطبيقه على الإجراء الجراحي إذا اختلف التشخيص قبل الجراحة عن التشخيص بعد الجراحة عند تقديم الدعوى يتم استخدام التشخيص بعد الجراحة.

تاريخ نظام ICD-10 للتكويد :History of the ICD-10 Coding System

بدأ نظام تكويد التشخيص المرضى في إنجلترا خلال القرن السابع عشر على صورة دراسة إحصائية بعنوان تسجيل وفيات لندن London Bills of Mortality.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

بقدموم عام 1937 تطورت هذه المعلومات إلى القائمة العالمية لأسباب الوفاة (International List of Causes Death) ثم جرى تعديل ومراجعة هذه الدراسة وتحولت إلى التصنيف الدولي لأسباب الوفاة (International Classification for Causes of Death).

شكلت هذه المعلومات أهمية فائقة خاصة لمنظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) القائمة أساساً على الإحصائيات الطبية وفي عام 1948 نشرت منظمة الصحة العالمية قوائم تتبع الأمراض والوفيات. بعد مراجعة دقيقة تم إعداد قائمة موحدة وأعيد تسميتها إلى التصنيف العالمي للأمراض International Classification Disease المعروفة ب (ICD) وظل هذا الاسم حتى اليوم.

في عام 1978 قامت منظمة الصحة العالمية بنشر القائمة التاسعة من التصنيف والتي عرفت باسم (WHO) وبمجرد حصول هذه القائمة على الاعتراف الدولي قام المركز القومي الأمريكي للإحصائيات الصحية (NCHS United States National Centre for Health Statistics) بالدعوة إلى صورة طبية أكثر دقة لحالة المريض وأوضح المركز أن حاجة المريض لمثل هذا المر أكثر من حاجة جماعات الإحصاء والتحليل. قام المركز بتعديل الدراسة طبقاً لمعلومات إكلينيكية لفهرسة كل من المعلومات الطبية ومراجعة الحالات الطبية والبرامج الطبية المتغيرة. وهذه التعديلات تظهر في التعديل الإكلينيكي للقائمة التاسعة من التصنيف العالمي للأمراض International Classification of Disease Ninth Revision, Clinical Modification والمعروفة باسم (-ICD-10 CM).

وفي الاستخدام العادي لل (ICD-10-CM) يشار إلى الرموز على أنها أكواد تشخيصية أو أكواد نظام. وغالباً ما يطلب المؤمنون إيضاحات لكيفية العلاج - وهو ما يشار إليه باسم الضرورة الطبية (Establishing Medical Necessity) عن طريق ربط التشخيص بالخدمات المقدمة. وفي الواقع أن استخدام أكواد نظام (10-ICD) لم يعد أمراً تطوعياً بالنسبة لدعاوى الحكومة. ففي عام 1988 أقر الكونجرس الأمريكي قانوناً لتغطية كوارث الخدمات الطبية (Medicare Catastrophic Coverage Act)، وبالرغم من أن هذا القانون قد تم إلغاؤه فقد تم تدعيم الدعوة إلى تطبيق اكواد 10-ICD على كل الأطباء الخاضعين لنظام الجزء الثاني من الرعاية الطبية (Medicare Part B). وقد يتعرض الأطباء المخالفون لعقوبات أو غرامات شديدة.

الفصل العشرون

لجان قسم السجلات الطبية

Medical Records Committees

مقدمة

تنص القوانين الداخلية والقواعد واللوائح الخاصة بالعاملين بالطب البشري وطب الأسنان ضمن أهدافها أن يقوم هؤلاء العاملین بتدعيم وتشجيع وضمان مستوى أفضل للأداء المهني من جانب العاملين بالصحة والقائمين بممارسة المهن الطبية بالمستشفيات. وكذلك للتأكد من حصول المرضى داخل المستشفى أو اللذين يتم علاجهم داخلها على جودة عالية من الرعاية وبأسلوب فعال ومؤثر. وتحقيقاً لهذا الهدف يلتزم فريق العاملين بالطب البشري وطب الأسنان بالمسئولية الكاملة عن جودة السجل الطبي بالإضافة إلى التزامهم بالتمسك بالقواعد واللوائح الخاصة بالمسئولية عن المريض ورعايته منذ دخوله إلى المستشفى وعلاجه بها وحتى خروجه منها.

لجان قسم السجلات الطبية^(1,10,11,15,21,22)

أولاً: لجنة السجلات الطبية:

تستلزم القواعد واللوائح الخاصة بالعاملين بالطب البشري وطب الأسنان تكوين لجنة للسجلات الطبية لمراقبة وتنفيذ القوانين المتعلقة بتنفيذ عملية دخول المريض وحتى خطوات خروجه من المستشفى مع ضمان المحافظة على جودة السجل الطبي.

وتعتبر تلك اللجنة بمثابة وسيلة الاتصال بين أفراد الهيئة التمريضية وقسم السجلات الطبية كما أنها المسئولة عن مراجعة وتقييم وظيفة السجلات الطبية. ورغم تحمل اللجنة مسئولية ضبط المشكلات المتكررة من عدم استكمال الأطباء للسجلات الطبية أو الإهمال والتقصير في كتابتها. إلا أنه ليس لها أن تتدخل في الوظائف الإدارية أو المسائل الخاصة بالقسم حيث أن ذلك يعد من مسئوليات مشرف القسم وإدارة المستشفى. ويشترك في عضوية اللجنة ممثلون من الأقسام والخدمات التالية:

تشكيل اللجنة:

- الأسنان
- الإدارة
- الطوارئ
- الرعاية الجواله (الإسعاف)
- طب الأسرة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- المدير الطبي
- التمريض
- مشرف ومساعدو السجلات الطبية
- النساء والتوليد
- الجراحة العامة
- طب الأعصاب
- الطب الباطني
- طب العيون
- الأطفال
- الأنف والأذن والحنجرة
- طب العظام
- المعامل
- علم الأمراض (الباثولوجي)
- الأشعة التشخيصية
- بنك الدم

ملحوظة:

1. يعمل مشرف قسم السجلات الطبية سكرتيراً للجنة.
2. يقوم كل من رئيس العاملين بالطب البشري وطب الأسنان بالاشتراك مع مدير المستشفى بتعيين عضو من اللجنة للعمل كرئيس لها.
3. يعتبر كل من رئيس وسكرتير اللجنة أعضاء بالمجلس الطبي وليس لهم حق التصويت. وتدخل الوظائف التالية ضمن اختصاصات لجنة السجلات الطبية إلا أنها ليست قاصرة عليها:
 1. اجتماع اللجنة مرة كل شهر في يوم ووقت محدد للقيام بمسئوليتها.
 2. الموافقة على شكل السجل الطبي الكامل (النهائي).

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

3. القيام بالمراجعة والموافقة على نماذج السجل الطبي الجديدة.
4. وضع برنامج معين لمراجعة السجلات الطبية بصورة مستمرة من خلال دراسات ثابتة وجلسات استماع؛ لضمان أن تلك السجلات تعكس جودة المضمون واستكمالها في الوقت المناسب، وما يتعلق بالحالة الإكلينيكية على أن تشمل على الحالة والعلاج وتقدم حالة المريض، وأن تتضمن نتائج الاختبارات وكذلك الأدوية التي أعطيت للمريض أو وصفت له. وتقدم تقارير تلك الدراسات وجلسات الاستماع إلى لجنة ضمان الجودة كل ثلاثة أشهر (تقارير ربع سنوية).
5. مراجعة السجلات للتأكد من صحتها لاستخدامها في تقييم الجودة ووثائق طبية قانونية ذات طبيعة مالية وإدارية.
6. إتباع خطوات دخول المريض إلى المستشفى وتطبيق القواعد واللوائح عند الإهمال أو التقصير في استيفاء السجلات الطبية أو عند عدم تمكن الأطباء من استكمالها في الوقت المحدد.
7. مساعدة أفراد الهيئة الطبية في تنفيذ الواجبات والمسئوليات المكلفين بها حسب تعليمات إدارة المستشفى.
8. قيام سكرتير اللجنة بتحضير بنود اجتماع اللجنة طبقاً للشكل المتفق عليه بواسطة هيئة الطب البشري وطب الأسنان (راجع الخطوات المطروحة) على أن توزع تلك البنود على اللجنة قبل أسبوع على الأقل من الاجتماع التالي وذلك للمراجعة والموافقة عليها.
9. عندما يكون هناك جلسات فحص (تفتيش) خاصة بالسجلات الطبية من قبل اللجنة، فعلى السكرتير تقديم صورة من عرض جلسات الاستماع وتقرير ملخص عنها إلى اللجنة للموافقة عليها كجزء ثابت من بنود اللجنة.
10. تقديم صورة كاملة من محاضر اجتماعات اللجنة التي تمت الموافقة عليها لسكرتير اللجنة الطبية.
11. عندما يكون هناك نماذج مقترحة معروضة على اللجنة لمراجعتها فعلى سكرتير اللجنة أن يرفق تلك النماذج مع تقرير مفصل عنها (والتي يتم الحصول عليها من سكرتير لجنة النماذج) مع بنود الاجتماع السابق للجنة على أن يتم توزيعها على كل عضو من اللجنة، وذلك قبل اجتماع اللجنة بوقت كاف.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- 12 . قد يطلب المجلس الطبي من لجنة السجلات الطبية إجراء تفتيش (فحص) خاص للسجلات من وقت لآخر وأن تقدم تقرير بالنتائج للمجلس.
- 13 . تقديم التوجيهات للإدارة فيما يتعلق بالسجلات الطبية.
- 14 . تقديم تقرير شهري للمجلس الطبي للمستشفى حول العدد الحالي للسجلات الطبية غير المكتملة.
- 15 . تقديم بعض المقترحات الخاصة بالسياسة التنفيذية للإدارة والمجلس الطبي فيما يتعلق بالسجلات الطبية.
- 16 . للجنة أن تضم إليها من ترى أنه سوف يجعل أدائها أحسن ويسبب ذلك ويكون في موضوع محدد ولمرة واحدة (موضوع واحد) ويجب أن تكون موافقة اللجنة بالأغلبية ويعرض الأمر على إدارة المستشفى لإقراره واتخاذ اللازم نحو ابلاغ الشخص المعني بذلك.
- 17 . للجنة أثناء انعقادها مناقشة ما يستجد من أعمال في المواضيع التي في إطار عمل اللجنة وترفع بذلك توصياتها.

ثانيا: لجنة النماذج

تنشئ إدارة المستشفى لجنة للنماذج وتكون لها المسئولية الكاملة لمراجعة جميع النماذج المستخدمة في أي قسم أو التي تستخدم في تنفيذ واجبات ومسئوليات القسم وكذلك للموافقة على تلك النماذج. وتتشكل عضوية لجنة النماذج من ممثلي بعض الأقسام، منها:

- الإدارة المالية.
- الإدارة.
- الهيئة الطبية.
- إدارة المواد.
- السجلات الطبية.
- المدير الطبي.
- المشتريات.
- المخازن والمستودعات.
- ضمان الجودة.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

● التمريض.

كما تقوم الإدارة بتعيين عضو من اللجنة كسكرتير لها وآخر غير طبيب كرئيس لها.

المهام:

تتضمن مهام اللجنة التي عليها أن تجتمع مرة كل شهر في تاريخ ووقت محدد بعض المسئوليات وألا تكون فقط مقصورة على استعراض جميع النماذج المستخدمة من جانب أي من الأقسام أو وحدات المستشفى. ويشمل ذلك نماذج البيانات الإكلينيكية على أن تتم مراجعتها من قبل لجنة السجلات الطبية. ويدخل ضمن مهام اللجنة كذلك ما يلي:

1. تصميم النماذج والتحكم فيها.
2. استخدام النماذج.
3. تكلفة النماذج.
4. نوع المواد المستخدمة في تصميم النماذج.
5. الدمج بين نموذجين أو أكثر.
6. الاستغناء عن النماذج التي سبق استخدامها.
7. تقديم التوجيهات للإدارة فيما يتعلق بالنماذج.
8. اقتراح بعض السياسات للإدارة فيما يتعلق بشكل النموذج والتحكم فيه.

عندما يرغب قسم ما أو إدارة في استخدام نموذج جديد أو معدل فعليه تقديمه إلى سكرتير اللجنة مع تحرير تفسير مختصر يوضح فيه المبررات لاستخدام هذا النموذج الجديد ويقوم السكرتير بتقديم صورة من النموذج والمبررات إلى كل عضو من أعضاء اللجنة قبل أسبوع على الأقل من الاجتماع التالي. كما يقوم السكرتير بإدراج اسم مقدم النموذج أو مصممه في جدول الاجتماع للحضور أمام اللجنة لتقديم مبرراته من استخدام هذا النموذج الجديد. وإذا وافقت اللجنة على استخدامه فيتم إبلاغ كل من إدارة المواد ومدير المستشفى بقرار اللجنة.

عندما يصبح النموذج جزءاً ثابتاً من السجل الطبي عندئذ يتم تقديمه للجنة السجلات الطبية لمراجعتها والموافقة عليه. ويقوم سكرتير اللجنة بتقديم هذا النموذج وتقرير السبب من وراء استخدامه لسكرتير لجنة السجلات الطبية أما إذا رفضت لجنة النماذج النموذج المطلوب استخدامه فعلى اللجنة عندئذ أن تخطر مقدم الطلب، موضحة السبب من رفض الطلب على أن

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يدخل هذا السبب ضمن بنود اجتماع اللجنة. وعلى سكرتير اللجنة تقديم صورة من البنود التي تمت الموافقة عليها.

ثالثاً: لجنة المشتريات

يجب على رئيس قسم السجلات الطبية الحفاظ على القدر الكاف من الإمدادات اللازمة لاستمرارية تقديم الخدمة الجيدة للعملاء عن طريق طلبها عند وصول المخزون للحد الأدنى. يعتمد نظام الوقت اللازم أو المناسب على أعلى منسوب إحلال لاستهلاك الإمداد حيث يضمن توافر المخزون بصفة مستمرة دون التعرض لانهايار الخدمة المقدمة.

المشتريات:

لطلب إمدادات من مخزن إدارة المواد يجب معرفة إذا كان الصنف متوفراً بالقائمة أو يحتاج إلى شراء من الخارج.

1. في حالة توفر الصنف بالمخزن:

- يجب ملء نموذج أمر شراء.
- يعمل دفتر للطلبات ويحفظ في القسم الطالب.
- يجب أن يكون الطلب موقعاً ومؤرخاً من رئيس القسم مع الاحتفاظ بصورة من أمر الشراء.
- يسلم الطلب المستوفي للمخزن.
- يقوم المخزن بإرسال الصنف المطلوب للقسم.
- يوقع ممثل القسم على الاستلام وتحفظ صورة بملف القسم.

2. في حالة عدم توفر الصنف بالمخزن (صنف جديد):

- يجب التشاور مع إدارة المشتريات بالنسبة للآتي:

- النوع.

- الغرض.

- الكمية المراد شراؤها.

- التأكد من الأسعار.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

- التأكد من أن القسم في حاجة إليها.

- يتم كتابة طلب شراء إمدادات جديدة ثم تسليمها لقسم المشتريات بالإضافة إلى صورة لقسم الحسابات وإعادة صورة للقسم.

رابعاً: لجنة التدريب

يعتبر التدريب من العناصر الضرورية لرفع مهارات العاملين وتحسين جودة الخدمات المقدمة. وللحصول على تدريب فعال، فإنه يجب على الإدارة أن تحدد المهارات الأساسية المطلوبة والمتوقعة من العاملين بها، وهذه الأساسيات سوف توضع أثناء مرحلة تنفيذ الدليل وتوعية العاملين الجدد. وسوف يقدم القسم بالمشاركة مع لجنة التدريب بالمستشفى دورات تدريبية في إدارة أنظمة المعلومات الصحية لجميع أفراد الهيئة الطبية والتمريض والخدمات المساعدة، وكل من له دور في التعامل مع المستندات الخاصة بالرعاية. يتم تحديد الاحتياجات التدريبية لكل قسم بواسطة مجلس القسم الذي يرفع طلباً للهيئة الطبية ويحول بعد الموافقة عليه للجنة التدريب لتحديد أولويات التدريب المطلوبة.

يتلقى المشرف على السجلات الطبية تدريباً في أساسيات الإشراف الفعال والإدارة، وفي الترميز سوف يتلقى تدريباً وتوعية بالمصطلحات والتصنيف الدولي للأمراض، كما أن الكاتب سوف يتلقى حلقات عمل تدريبية في إدخال واسترجاع الملفات والترقيم الملون وحفظ الملفات طبقاً للرقم الطرقي، وبعد فترة التدريب يتوقع أن يعرف كل موظف كيف يطبق مفهوم استرداد تكاليف العلاج كل في مجال مسؤوليته ومهامه. يتضمن برنامج التدريب أثناء العمل الوظائف التالية:

1. مشرف السجلات الطبية.

2. فني السجلات الطبية.

3. فني الإحصاء.

4. فني الترميز.

5. كاتب دخول وخروج.

6. كاتب تسجيل قسم الطوارئ.

7. كاتب سجلات طبية.

8. كاتب الاستقبال.

9. ساعي سجلات طبية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يتلقى العاملون الجدد حلقات عمل عن مفهوم استرداد تكاليف العلاج، وفكرة عامة عن دليل نظام السجلات الطبية مع شرح واف لمسئولياتهم. وسوف يتلقى أعضاء الهيئة الطبية والتمريض والخدمات المساعدة أيضا فصولا في إدارة معلومات النظم الصحية كجزء من مرحلة تنفيذ دليل نظام قسم السجلات الطبية وجودة الرعاية الصحية وفقا للبيئة الحالية، وسوف يتضمن التدريب على:

1. جودة الرعاية الصحية وفقا للبيئة الحالية.

2. متلقي الرعاية الصحية.

3. السجل الطبي.

4. مقدمي خدمة الرعاية الصحية.

5. إنشاء محتوى السجل الطبي.

6. أنواع السجلات.

7. شكل السجلات الطبية.

8. إدخال البيانات بالسجل الطبي.

9. مسئولية جودة السجل الطبي.

10. تحليل بيانات السجل الطبي.

11. تصميم النماذج والمراقبة.

12. طرق الحفظ: التخزين والمراقبة.

13. نظام وحدة الترقيم.

14. نظام الحفظ بالرقم الطرقي.

15. التصميم الخاص بالقسم.

16. عملية احكام وضع الملفات.

17. الترميز الملون.

18. سجل التحكم الرئيسي.

19. الفهرس الرئيسي للمرضى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

20 . فهرس الأطباء.

21 . فهرس الأمراض والإجراءات.

22 . دورة المريض.

23 . دورة عمل القسم.

يجب أن يتلقى العاملون تدريباً على استخدام الأجهزة قبل مطالبتهم باستعمالها لإتمام المهام الموكلة إليهم. وتتضمن هذه الأجهزة: أجهزة الحاسب الآلي، الطابعات، آلات التصوير والميكروفيلم.

التدريب المستمر:

يقوم القسم بالمعونة مع لجنة التدريب على تصميم برامج تدريب بصفة دورية لاستمرارية تطوير مهارات العاملين بهدف وضعهم على أحدث النظم والتقنيات في العمل.

خامساً: المكتبة / الأرشيف

يجب توفير مصادر بديلة للبيانات والمؤلفات والمعلومات الطبية في حالة عدم توفر المعلومة المطلوبة في مكتبة المنشأة.

1. يقوم إداريو المستشفى وأعضاء الهيئة الطبية بالاستعانة بقسم السجلات الطبية لمساعدتهم في الدراسات البحثية وعدد من التقارير المرتبطة بتقديم خدمات الرعاية الطبية وذلك بصفة منتظمة، وفي مثل تلك الطلبات يحتاج موظفو السجلات الطبية لاسترجاع البيانات من مكتبة المستشفى أو أي مصدر آخر لتسهيل مهامهم ومسئولياتهم.

2. تحتوي مكتبة المستشفى وأرشيف إدارة المشروع على المراجع، المقالات، المنشورات الطبية والإدارية، لذلك يجب مراجعة المكتبة أولاً وفي حالة الاحتياج لمزيد من المعلومات عليك بالرجوع إلى أحد المصادر الموثوق بها.

الفصل الحادي والعشرون

نماذج السجل الطبي

المقدمة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يتكون السجل الطبي من مجموعة كبيرة من النماذج الأساسية والخاصة التي يحتاجها الطبيب والاقسام الطبية وغير الطبية ذات العلاقة بالمريض، لذلك يجب على العاملين بقسم السجلات الطبية التأكد وبشكل دائم من توفر هذه النماذج في الأقسام المعنية، والعمل بشكل مستمر على ادامة توفير هذه النماذج بشكل مستمر لها.

النماذج الطبية:

تنقسم النماذج الطبية الى النماذج الأساسية والنماذج الخاصة، وكما يلي:

1. النماذج الأساسية:

أ. نماذج المريض الجديد: نموذج الدخول والخروج، نماذج التفويضات، السيرة المرضية، نموذج الفحص السريري، أوامر الطبيب، نماذج الفحوصات الشعاعية، ملاحظات تقدم حالة المريض، ملاحظات التمريض، نموذج العلامات الحيوية، نموذج ملخص الخروج.

ب. نماذج خاصة بتحليل البول والبراز: نموذج تحليل البول، نموذج فحص الغائط.

ج. نماذج خاصة بفحوصات الدم: نموذج فحص الدم، نموذج فحص الكيمياء السريرية في الدم، نموذج فحص بنك الدم، نموذج تخثر الدم، نموذج فحص الكيمياء الخاصة.

د. نماذج خاصة بالهرمونات والسائل المنوي: نموذج فحص الهرمونات، نموذج فحص السائل المنوي.

هـ. نماذج خاصة بفحص الجراثيم والطفيليات: نموذج الفحوصات الجرثومية، نموذج فحوص الطفيليات.

و. نماذج التقارير الطبية: تقرير فحص الأشعة، نماذج خاصة بالعلاج، تقرير العمليات الجراحية، تقرير التخدير.

ز. نماذج تقارير أخرى: نماذج الفحوصات المستعجلة، نموذج فحوص الخلية التشخيصية، نموذج فحص السائل النخاعي، نماذج ميزان السوائل، نموذج نواقص السجل الطبي، نموذج رفض العلاج.

2. النماذج الخاصة: نموذج اجراء عملية، نموذج الاستشارة الطبية، قائمة مراجعة قبل العملية، نموذج المرافقين، طلب تخطيط للدماغ، فحص بالمنظار، نموذج الطوارئ.

النماذج غير الطبية:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

يوجد عدد من النماذج غير الطبية التي يتم استخدامها في قسم السجلات الطبية، وهي:
نموذج طلب صنف جديد من المخازن، نموذج طلب شراء أصناف من المخازن.

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج قسم المعامل

نماذج المعامل:

1. طلب ونتيجة تحاليل بول وبراز
2. طلب ونتيجة تحاليل دم
3. طلب ونتيجة تحاليل كيمياء الدم
4. طلب ونتيجة تحاليل ميكروبيولوجي
5. طلب ونتيجة تحاليل متنوعة
6. طلب ونتيجة تحاليل باثولوجية

مستشفى / عيادة:

اسم المريض:
الرقم الموحد:
النوع: ذكر / أنثى السن:
القسم / العيادة:

1: طلب ونتيجة تحاليل بول وبراز Urine & stool Investigation

Provisional diagnosis:

Complete urine analysis

Volume	Colour	Aspect	Reaction	Sp. Gr.	Protein	Glucose	Ketones
Bilirubin	Bile salts	Blood	Nitrite	Puss cells	RBC's	Epith. cells	Casts
Crystals	Am. Cryst.	Ova	Trich. Vag.	Others			

Complete stool analysis

Colour	Consist.	Odour	Blood	Mucous	Reaction	Worms	Puss cells
RBC's	Ova	Cysts	Starch	Fats	Muscle f.	Veg. cells	Occult bl.

اسم الطبيب المعالج
اسم وتوقيع فني المعمل:
تاريخ الاستلام والنتيجة:

الساعة:
الساعة:
الساعة:

التاريخ:
التاريخ:
التاريخ:

اعتماد مدير المعامل:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج قسم المعامل

مستشفى / عيادة:

اسم المريض:
الرقم الموحد:
النوع: ذكر / أنثى السن:
القسم / العيادة:

2: طلب ونتيجة تحاليل دم
Blood investigation

Provisional diagnosis:

Haematology & Coagulation

C.B.C		WBC's	RBC's	HB	MCV	MCHC
	M.	4-11x1000	4.4-6.5 mil	13-18 gm	80-94 fl	32-36 %
F.	4-11x1000	3.8-5.8 mil	12-16 gm	81-99 fl	32-36 %	

Differential WBC's count					
Bands	Neutrophils	Lymphocytes	Monocytes	Eosinophils	Basophils
1 %	40-75 %	20-45 %	2-10 %	1-6 %	1 %
Platelets	Reticulocyte	ESR(1 hr)	ESR(2 hr)	Abnormal cells	
150-400x1000	0.2-2 %				

Bleeding time	Clotting time	Prothrombin	PTT	TT	Fibrinogen
2-7 min	4-10 min		35-54 sec	9-11 sec	200-400 mg
FDP	Bl. factors	Others			

اسم الطبيب المعالج:
اسم وتوقيع فني المعمل:
تاريخ الاستلام والنتيجة:

اعتماد مدير المعامل:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج قسم المعامل

مستشفى / عيادة:

اسم المريض:
الرقم الموحد:
النوع: ذكر / أنثى السن:
القسم / العيادة:

3: طلب ونتيجة تحاليل كيمياء الدم
Blood Chemistry investigation

Provisional diagnosis:

Glucose (FBG)	Glucose (PP)	Urea	Creatinine	Uric acid
70-110 mg/dl	140 mg/dl	10-50 mg/dl	0.6-1.5 mg/dl	3-7 mg/dl

Total proteins	Albumin	A/G ratio	Total Bilirubin	Direct Bilirubin
6-8.4 mg/dl	3.5-5 mg/dl		0.2-1 mg/dl	0-0.25 mg/dl

SGPT	SGOT	Alk. phosphatase	Gamma GT	Acid phosphatase

Total lipids	Total cholesterol	HDL cholesterol	LDL cholesterol	Triglycerides
400-1000 mg/dl	120-250 mg/dl	35-55 mg/dl	108-188 mg/dl	40-160 mg/dl

CPK	LDH	S. Amylase	S. Iron	TIBC
10-148 mg/dl	45-90 mg/dl	4-25 mg/dl	70-180 mg/dl	250-400 mg/dl

Sodium	Potassium	Chloride	Calcium	Phosphate
135-148 mg/dl	3.5-5 mg/dl	98-110 mg/dl	8.5-10 mg/dl	3.4-4.5 mg/dl

Blood gasses	PCO2	PO2	BE	HCO3	TCO2	O2 sat.
pH 7.35-7.45	40	80				

اسم الطبيب المعالج: _____
اسم وتوقيع فني المعمل: _____
تاريخ الاستلام والنتيجة: _____

اعتماد مدير المعامل:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج قسم المعامل

مستشفى / عيادة:

اسم المريض:
الرقم الموحد:
النوع: ذكر / أنثى السن:
القسم / العيادة:

4: طلب ونتيجة تحاليل ميكروبيولوجي
Microbiology Investigation

Provisional diagnosis:

Urine	Blood	CSF	Sputum	Stool	Swab	Others

Organisms	Antibiotic	Sensitivity			
		++++	+++	++	Resistant
1.	Penicillin				
2.	Cloxacillin				
3.	Ampicillin				
	Carbenicillin				
	Cephalocin				
	Cephalexin				
	Cephoxitim				
	Clindamycin				
	Tetracyclines				
	Erythromycin				
	Chloramphenicol				
	Nalidixic acid				
	Nitrofuradantoin				
	Cotrimoxazole				
	Gentamycin				
	Tobramycin				
	Ciprofloxacin				

اسم الطبيب المعالج: الساعة: التاريخ:
اسم وتوقيع فني المعمل: الساعة: التاريخ:
تاريخ الاستلام والنتيجة: الساعة: التاريخ:

اعتماد مدير المعامل:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج قسم المعامل

مستشفى / عيادة:

اسم المريض:
الرقم الموحد:
النوع: ذكر / أنثى السن:
القسم / العيادة:

5: طلب ونتيجة تحاليل متنوعة
Miscellaneous Investigation

Provisional diagnosis:

Requested investigation:

Specimen:

Date

Signature:

Urine	Blood	CSF	Sputum	Stool	Swab	Others

Report::

Opinion:

التاريخ: الساعة:
التاريخ: الساعة:
التاريخ: الساعة:

اسم الطبيب المعالج
اسم وتوقيع فني المعمل:
تاريخ الاستلام والنتيجة:

اعتماد مدير المعامل:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج قسم المعامل

مستشفى / عيادة:

اسم المريض:
الرقم الموحد:
النوع: ذكر / أنثى السن:
القسم / العيادة:

5: طلب ونتيجة تحاليل باثولوجية
Pathology Investigation

Provisional diagnosis:

Clinical notes

Specimen:

Date

Signature:

Report::

Macroscopic:

Microscopic:

Opinion:

التاريخ: الساعة:
التاريخ: الساعة:
التاريخ: الساعة:

اسم الطبيب المعالج
اسم وتوقيع فني المعمل:
تاريخ الاستلام والنتيجة:

اعتماد مدير المعامل:

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السجلات الطبية - مرفقات - نموذج صحيفة علاج مريض بالعيادة الخارجية

مستشفى / عيادة:

--	--	--	--	--	--

اسم المريض:

الرقم الموحد:

النوع: ذكر / أنثى السن:

القسم / العيادة:

صحيفة علاج مريض بالعيادة الخارجية
Outpatient treatment sheet

اسم

Complaint:

History & Examination:

Temperature:	
Pulse:	
Bl. Pressure:	
Respiration:	
Weight:	
Height:	

Provisional diagnosis:

Clinical findings:

Investigation:

Request

Result:

Final diagnosis:

Treatment:

Recommendation:

Physician name:

Signature:

Date:

1

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

..... مستشفى

الفحوص المستعجلة

URGENT

تاريخ الطلب:		الوقت:		اسم وتوقيع الطبيب:		العيب الاختصاصي:	
الفسم / العيادة:				ملحوظات:			
WBC	X10 ⁹ /l	Urea N.	mg %	mmol/l	S.G.O.T	u/l	
PCV	%	Glucose	mg %	mmol/l	Amylase	u/l	
Prothrombin Time:		Sodium	mEq/l	mmol/l			
Patient:	sec.	Potassium	mEq/l	mmol/l			
Control:	sec.	Bilirubin	mg %	mmol/l			
		Calcium	mg %	mmol/l			
Others (Special Arrangement)							
الاسم:		الوقت:		الفرغ:		اسم وتوقيع الممرض:	

نموذج الفحوص المستعجلة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى : _____

تقرير عملية جراحية
Operation Report

Case No/Date	Anest.	Surg.	Total

Preoperative Diagnosis:

: المرض :	: سبب المرض :	: طب العظام :
: نوع العملية :	: ساعة البدء للعمل :	: ساعة إنهاء العمل :
: سبب إصابة العظام :	: ساعة إنهاء العملية :	: ساعة بدء العملية :

Operative Diagnosis:

Internal Complaints to Ask For Examination	Operative Findings	major	minor	Date of Operation
--	--------------------	-------	-------	-------------------

Description of Operation (to be signed by the surgeon):

تقرير العملية الجراحية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

..... مستشفى

طلب الفحص بالأشعة
X Ray - Examination Request

رقم الحالة :	الاسم / الجنس :	الطلب الاختصاصي :
السيرورة :		
الفحص البدني للطلب :		
تاريخ الطلب :	اسم الطبيب :	تاريخ الطلب :
X - Ray Report		
.....		
التاريخ :	توقيع الطبيب :	

نموذج تقارير الفحص بالأشعة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

_____ مستشفى

فحوص الطفيليات
PARASITOLOGY

تاريخ الطلب:	قسم / العيادة:	اسم وتوقيع الطبيب:	الطبيب الاختصاصي:
Diagnosis			
Specimen <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Stools <input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> Others			
Test required:			
Results:			
الاسم:	تاريخ التقرير:	اسم وتوقيع المشرف:	اسم وتوقيع طبيب المختبر:

نموذج فحوص الطفيليات

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

الفحوص الجرثومية
MICROBIOLOGY

التاريخ:	العمر:	القسم / العيادة:	اسم وتوقيع الطبيب:
Diagnosis:	Specimen	Origin of Specimen	Tests Requested:
MACROSCOPY	ANTIBIOTIC SENSITIVITY		
	<u>S</u>	<u>S</u>	<u>R</u>
Microscopy			
Culture Result			
اسم وتوقيع الطبيب:	اسم وتوقيع الممرض:	التاريخ:	الوقت:

نموذج الفحوص الجرثومية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

فحوص الهرمونات ENDOCRINOLOGY LAB

تاريخ الطلب:		اسم وتوقيع الطبيب:		الغيب الاحصائي:				
الوقت:		العمر:		الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى				
ملاحظات:								
F-T4	ng / dl	T3	mlu / ml	Androstenedione	ng / ml			
F-T3	pg / ml	FSH	Mlu / ml	DHEAS	ng / ml			
TSH	u IU / ml	PRL	ng / ml	Progesterone	ng / ml			
17-DH-Pregsterone	nmol / l	F. Test	pg / ml	Cortisol	ng / ml			
PTH	ng / dl	Estradiol	pg / ml					
• Insulin	u lu / ml	Estrone	ng / ml					
• ACTH	pg / ml	B - HCG	mIU / ml					
HGH	ng / ml	Cortisol	u g / dl					
DYNAMIC TEST:								
Time (min)	0	20	30	45	60	90	120	COMMENT:
1								
2								
3								
اسم وتوقيع الطبيب:		اسم وتوقيع الممرض:		الفرج:		التشخيص:		

* Plasma Sample Collected at 4°C

نموذج فحوص الهرمونات

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى _____

تحليل السائل المنوي
SEMEN ANALYSIS

تاريخ وقت أخذ العينة: _____ القسم / العيادة: _____ اسم وتوقيع الطبيب: _____

ملاحظات: _____

SPECIMEN		MORPHOLOGY	
Complete <input type="checkbox"/>		Normal oval	✓
Incomplete <input type="checkbox"/>		Slightly abnormal	✓
If incomplete, Per cent loss		ABNORMAL:	
Abnormalities	40%	Small oval heads	✓
		Amorphous heads	✓
		Cytoplasmic droplets	✓
		Double heads or tails	✓
		Large oval heads	✓
		Neck defects	✓
		Round heads	✓
		Tapered heads	✓
		Coiled tails	✓
		Other abnormal forms	✓

GROSS EXAMINATION		NORMAL VALUES	
Volume		2.0 - 5.0 ml	
pH		Alkaline	
Color		Gray - White	
Liquefaction		Complete by 20 mins	
Viscosity		Complete liquid	

MOTILITY			
	Progressive	Sluggish	Immobile
1 min	✓	✓	✓
3 hrs	✓	✓	✓
Viability	Normal > 65% (method) (Normal 24-30%)		
Count	method (Normal 24-30%)		

ROUND CELLS	
W.B.C	/HPF
Immature germ cells	/HPF

Comments: _____

التعليق: _____ التاريخ: _____ اسم وتوقيع الطبيب: _____ اسم وتوقيع الممرض: _____

نموذج تحليل السائل المنوي

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

فحوص الكيمياء الخاصة
SPECIAL CHEMISTRY

الطبيب الاختصاصي:		اسم وتوقيع الطبيب:	الوقت:	تاريخ الطلب:
			ملحوظات:	القسم / العيادة:
AIP		Iron		D-Xylose
CEA		IBC		
hCG-Beta		Feritin		Schilling's
5-HIAA (urine)		Vit. B12		Gastrin
VMA (urine)		Folate		
اسم وتوقيع المشرّف:		الوقت:	التاريخ:	التسلسل:

نموذج فحوص الكيمياء الخاصة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

نموذج تخثر الدم
HAEMATOLOGY BLOOD COAGULATION

الرجح :		اسم / العيادة :		اسم وتوقيع الطبيب :		الطب الاعتمادي :	
الجنس :		ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>		المعرفات :			
PLATELETS				LIVER FUNCTION			
HAEMORRHAGE (PLEASE SPECIFY)				THROMBOSIS (PLEASE SPECIFY)			
CLOTTING SCREEN	CONT	PATIENT	BLEEDING TIME				
PROTHROMBIN TIME			COAGULATION TIME				
PARTIAL THROMBOPLASTIN TIME			FIBRINOGEN (200-450 mg/dl)				
THROMBIN TIME			F. D. P.				
ANTICOAGULANT CONTROL				HEPARIN/WARFARIN/ANCROD/STREPOKINASE			
REPORT:							
الرجح :		اسم وتوقيع التمريض :		اسم وتوقيع الطبيب :		اسم وتوقيع طبيبة التمريض :	

نموذج فحوص تخثر الدم

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

فحوص بنك الدم
BLOOD BANK TESTS

الغرض من الفحص:		اسم المريض:		رقم الملف:	
الغرض من الفحص:		اسم الطبيب:		رقم الفحص:	
Blood Grouping:				--- Antiglobulin Test	
FOR LAB USE ONLY					
Forward Grouping			Reverse Grouping		
Anti A	Anti B	Anti A,B	Anti A ₁ Leisa	A ₁ Cells	B Cells
O Cells	ABO Grouping		Rh Phenotype		
Rh Control	Anti Rh(D)	DU Factor	Rh Control		
Other Antigens Typing:					
Other Tests (Specify):					
اسم الطبيب المختبر:		اسم الطبيب المرسل:		رقم الفحص:	

يوضح نموذج فحوص بنك الدم

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستقر

فحوص الكيمياء السريرية في الدم
CLINICAL CHEMISTRY

الطبيب الاختصاصي:		تاريخ الفحص:				
المجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى		العمر:	النسب / العيادة:			
ملحوظات:						
Urea N	mg %	mmol/l	Sodium	mmol/l	CPK	u/l
Creatinine	mg %	mmol/l	Potassium	mmol/l	LDH	u/l
Uric acid	mg %	mmol/l	Chloride	mmol/l	HBD	u/l
Glucose	mg %	mmol/l	Total Protein	g/l	ALP	u/l
Cholesterol	mg %	mmol/l	Albumin	g/l	ALT	u/l
Triglycerides	mg %	mmol/l			AST	u/l
Phosphorus	mg %	mmol/l			Amylase	u/l
Calcium	mg %	mmol/l				
Total Bilirubin	mg %	mmol/l				
Other Tests (specify):						
تاريخ الفحص:		تاريخ الفحص:		التاريخ:	التوقيع:	

نموذج فحوص الكيمياء السريرية في الدم

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تخصص الدم
HEMATOLOGY

تاريخ الطلب:		اسم وتوقيع الطبيب:	
العمر:		المعلومات:	
الجنس / العيادة:			
WBCs	RBCs	Comments:	
Diff. count	PCV		
Neutrophils	Hb.		
Lymphocytes	Reti.		
Monocytes	Platelets		
Eosinophils	Other Tests (Spec.):		
Basophils			
Mesotheliocytes			
Myelocytes			
Blasts			
E.S.R.			
اسم الطبيب المختص:		اسم وتوقيع الممرض:	فراج:

يوضح نموذج فحص الدم

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

فحص الغائط
STOOLANALYSIS

تاريخ الطلب :		اسم وتوقيع الطبيب :		الطبيب الاختصاصي :	
القسم :		العيادة :		ملاحظات :	
Colour - Appearance		Parasites		Other Tests (Specify)	
Consistency		Ova			
Blood		Amoebae			
Mucus		Cysts			
Pus		Flagellates			
Occult Blood		Others			
اسم وتوقيع الطبيب المختبر :	اسم وتوقيع الطبيب :	تاريخ :	مستشفى :		

نموذج فحص الغائط

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

تحليل البول
URINALYSIS

تاريخ الطلب:		اسم وتوقيع الطبيب:		الطبيب الاختصاصي:	
التسم:		العيادة:		ملحوظات:	
Colour		Microscopic		Other Tests (Specify)	
Reaction		Sediment:			
Specific Gravity		R.B.C.	/H.P.F.		
Albumin		W.B.C.	/H.P.F.		
Sugar		Casts			
Acetone					
Bilirubin		Crystals			
Urobilinogen		Other Findings:			
اسم وتوقيع كلب المختبر:		اسم وتوقيع التمريض:		التاريخ:	

شكل رقم ١٢
نموذج تحليل البول

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى: _____

ملخص الخروج
DISCHARGE SUMMARY

Date of Admission: _____ Date of Discharge: _____

Provisional Diagnosis: _____

Final Diagnosis: _____

Operation: _____

Brief History and Essential Physical Findings: _____

Significant Laboratory, X-ray and Consultation Findings: _____

Course in Hospital with Complications, if any: _____

Conditions on Discharge: _____

Post-hospital plans and Medications: _____

By: _____ Review: _____ Attending Physician

ملخص الخروج

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى: _____

نموذج مخطط الحرارة والنبض والتنفس
VITAL SIGNS GRAPHIC SHEET

Time	Temp. 37°		Pulse 72		Respirations 18		BP 120/80		SpO2 98%	
	Am	Pm	Am	Pm	Am	Pm	Am	Pm	Am	Pm
42										
41.5										
41										
40.5										
40										
39.5										
39										
38.5										
38										
37.5										
37										
36.5										
36										
35.5										
35										
34.5										
34										
33.5										
33										
32.5										
32										
31.5										
31										
30.5										
30										
29.5										
29										
28.5										
28										
27.5										
27										
26.5										
26										
25.5										
25										
24.5										
24										
23.5										
23										
22.5										
22										
21.5										
21										
20.5										
20										
19.5										
19										
18.5										
18										
17.5										
17										
16.5										
16										
15.5										
15										
14.5										
14										
13.5										
13										
12.5										
12										
11.5										
11										
10.5										
10										
9.5										
9										
8.5										
8										
7.5										
7										
6.5										
6										
5.5										
5										
4.5										
4										
3.5										
3										
2.5										
2										
1.5										
1										
0.5										
0										

مخطط الحرارة والنبض والتنفس

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

سنتي

طلب الفحص بالأشعة
X Ray - Examination Request

المراداة:	القسم / جهاز:	الطلب الخاص:
تاريخ الفحص:		
المرضى الذي للفحص:		
تاريخ الفحص:	اسم الطبيب:	تاريخ الطلب:
X - Ray Report		
تاريخ الفحص بالأشعة		

نموذج تقرير الفحص بالأشعة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

سنتاني

الفحص السريري
PHYSICAL EXAMINATION

Note: The heading in the left margin serves as a reminder for the physician of what to include in report of physical examination.

General	
Skin	
Eyes	
Ears	
Nose	
Mouth	
Throat	
Neck	
Chest	
Heart	
Abdomen	
Genitals	
Lymphatic	
Blood Vessels	
Laboratory	
Extremities	
Neurological	
Rectal	
Diagnosis	

Date: / /

Continued on back

نموذج الفحص السريري

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

سجل:

السيرة المرضية
MEDICAL HISTORY

Note: These headings for the history are printed in the left margin of the form as a reminder for the Physician of what to include.

Chief Complaint	
History of Present Illness	
History of Past Illness	
Trauma	
Diseases	
Operations	
Injuries	
Family History	
Social History	
Systematic Review:	
General	
Skin	
Throat, Eyes, Ears, Nose & Throat	
Respiratory	
Cardiovascular	
Gastro-intestinal	
Genito-Urinary	
Cytological	
Hematology	

Continued on back

نموذج السيرة المرضية

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

تاريخ: _____

تسوية التفويض
CONSENT FORM

التفويض عام (يوقع من قبل مريض داخل المستشفى)

تاريخ إنشاء _____
أرض إنشاء مستشفى _____

أجراء أية عملية جراحية أو فحص طبي أو جراحي بعد أن تشرح في طبيعة هذا الاجراء ونتائجه. كما تشمل اي نوع من
نوع التخدير سواء كان عاماً أو غير ذلك من أجل هذه العملية أو الفحص الطبي. وكذلك أرض إنشاء مستشفى
باعتبارها مسؤوليات أخرى جراحية أو طبية قد يبين أثناء الجراحة التي يحتاج إليها.

تاريخ: _____ توقيع الشاهد: _____
توقيع المريض أو ولي أمره _____
الاسم _____ الاسم _____

تفويض بأخطاء معلومات طبية (اختياري)

أمر من إدارة المستشفى بتوريد _____ وبناء على طابقتهم بالمعلومات والبيانات اللازمة عن حالتهم المرضية.
تاريخ: _____ توقيع المريض أو ولي أمره _____

تفويض بالتبرع ببعض أعضاء الجسم بعد الوفاة (اختياري)

أمر من إدارة مستشفى _____ باستئصال _____ من جثتي
بعد الوفاة لاستعماله في علاج مريض آخر أو لأغراض البحث الطبي.

تاريخ: _____ توقيع المريض أو ولي أمره _____
الاسم _____
توقيع الشاهد: _____
الاسم _____

نموذج التفويضات

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ADMISSION AND DISCHARGE FORM نموذج الدخول والخروج

Patient Name: _____
 Age: _____ Sex: Male Female
 Date of Birth: _____
 Religion: _____

Address & Tel. No.: _____
 Specialist's Name: _____
 Address & Tel. No.: _____

Reason of Referral: Admission Discharge Transfer Other

Date of Admission: _____ Date of Discharge: _____
 Time of Admission: _____ Time of Discharge: _____

Physical Examination: _____
 Vital Signs: _____
 Laboratory Tests: _____
 X-ray: _____
 ECG: _____
 Echocardiogram: _____
 Other: _____

Discharge Instructions: _____
 Date of Follow-up: _____

ADMISSION AND DISCHARGE RECORD نموذج الدخول والخروج

المرضى	المرضى	المرضى	المرضى
المرضى	المرضى	المرضى	المرضى
المرضى	المرضى	المرضى	المرضى
المرضى	المرضى	المرضى	المرضى

Case Number: _____
 Date: _____
 Signature: _____

نموذج الدخول والخروج

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

<p>مستشفى</p> <p>إعفاء من المسؤولية DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE</p> <p>..... I have referred someone and/or am leaving the hospital against the advice of the attending physician and the Hospital Administration.</p> <p>I acknowledge that I have been advised of the risk involved and hereby release the attending physician and the hospital from all responsibility and any of claims which may result from this action.</p> <p>..... (Signature of Patient or Next-of-Kin Relative)</p> <p>..... (Relationship to Patient)</p> <p>Date and Time:</p> <p>Name:</p> <p>Address:</p> <p>..... This declaration must be signed by the Patient or nearest relative if the patient was a minor, or physically or mentally unable.</p> <p>..... Patient Left Against Medical Advice</p> <p>..... Name</p> <p>..... Signature</p> <p>..... I hereby certify that the patient is in full control of his or her mind and understands the nature of the discharge against medical advice.</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>..... أقر أنا الطبيب و المستشفى المذكور أعلاه بأنني قد خرجت من المستشفى وأنا من كبري رخصي رخصاً علاجياً، معاًة إعفائي مجلس إدارة مستشفى وأخرف بأنني قد ألفت بالخطأ في كوني بأنني قد ألفت بأنني قد ألفت الطبيب والمستشفى من أي مسؤولية من أي أضرار قد تنتج من هذه العملية.</p> <p>..... توقيع المريض أو أقرب أقرابه</p> <p>..... (وصلة القرابة)</p> <p>التاريخ: / / سنة ١٩٦٠ الاسم: العنوان:</p> <p>..... أقر أنا ملاحظة: هذا الإقرار يجب أن يوقعه المريض أو أقرب أقرابه في حالة كونه المريض قاصراً، أو غير قادر على اتخاذ أي قرار مهما المرض المستشفى رخصاً علاجياً.</p> <p>..... الاسم</p> <p>..... التوقيع</p> <p>..... أقر أنا أقر أنا أقر أنا</p>
--	--

نموذج رفض المعالجة

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

نموذج نواقص السجل الطبي Inpatient chart Deficiency Checklist			
تاريخ الدخول :		اسم المريض :	
الاختصاص :		الرقم الطبي :	
الموضوع	غير مكتمل	يحتاج توقيع المسئول عن استكمال النقص	الموضوع
Adm. Disch . Record			نموذج الدخول والخروج
Med. History			السيرة المرضية
Phys.Exam			الفحص السريري
Admission Notes			ملاحظات الدخول
Consultations			الاستشارات
Discharge Summary			ملخص الخروج
Operative Report			تقرير العملية الجراحية
Tissue Exam Report			تقرير فحص الأنسجة
Consent Form			نموذج التفويضات
X-Ray Report			تقرير الأشعة
Lab.Report			تقرير المختبر
Other Tests			تقارير الفحوص
Discharge Order			أمر الخروج
Nursing Notes			ملاحظات التمريض
Physician , Death Notes			ملاحظات الطبيب في حالة الوفاة

نموذج نواقص السجل الطبي

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

فحص السائل النخاعي
CEREBRO - SPINAL FLUID

الطبيب الاختصاصي:		اسم وتوقيع الطبيب:	الوقت:	تاريخ الطب:
			ملحوظات:	القسم / العيادة:
R.B.C.	Glucose			
W.B.C.	Chlorides			
Colour	Pus			
Transparency				
Protein				
		اسم وتوقيع الممرض:	الوقت:	التاريخ:

نموذج فحص السائل النخاعي

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

مستشفى

فحوص الخلية التشخيصية
DIAGNOSTIC CITOLOGY

تاريخ الطلب:	القسم / العيادة:	اسم وتوقيع الطبيب:	الطبيب الاختصاصي:			
Diagnosis:						
For Gynaecological Smears <input type="checkbox"/> PARA <input type="checkbox"/> CYCIE <input type="checkbox"/> L.M.P.						
Method of Contraception		Duration:	<input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> Therapy <input type="checkbox"/> Radio Therapy			
Vaginal Smears						
Cervical Smears						
Sputum						
Pleural Fluid						
Urine						
Gastric Washings						
Skin Scrape						
Other						
التسلسل:				تاريخ التقرير:	اسم وتوقيع المشرف:	
				اسم وتوقيع طبيب المختبر:		

نموذج فحوص الخلية التشخيصية

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج المخازن

مستشفى / عيادة:			
طلب صنف جديد من المخازن	إلى مدير المخازن:	الرقم:	ملحوظة: يرفق معه طلب صرف مواد
يستكمل بواسطة الطالب:			
الكمية:	وحدة الصرف:	وصف الصنف:	
هل يمكن استخدام هذا:	المتوقع أن يكون الاستهلاك الشهري:		
نعم:	الكمية:		
لا:			
رقم الكاتالوج:	الاسم التجاري:	العنوان:	الصانع:
توقيع رئيس القسم:	منتج جديد:	الاتصال ب:	العورد:
تاريخ:		بديل عن صنف:	سبب الطلب:
توقيع مدير المخازن:	رقم الصنف بالمخازن:	متوفر بالمخازن:	هل يوجد صنف مشابه بالمخازن:
التاريخ:		نعم:	نعم:
		لا:	لا:
توقيع مدير المشتريات:	تم اعتماد الصنف بواسطة لجنة وضع معايير وتقييم استخدام الصنف:	تاريخ:	مرجع:
الحد الأدنى:	المخزون الأمني:	تم التسجيل ببطاقة مراقبة المخزون:	رقم الصنف المعتمد:
كمية الطلب المبدئي:	حد إعادة الطلب:	نعم:	
	الحد الأقصى:	لا:	
روجع واعتمد:	رقم طلب شراء أصناف من المخزن:	تم ادراجه ببطاقة مراقبة المخزون:	
مدير المخازن:		نعم:	
التاريخ:		لا:	
توزيع الصور: المخزن / الطالب / الشئون المالية			

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المراجع

1. الأحمدى، حنان، 2008. مبادئ إدارة السجلات الطبية: التوثيق-التنظيم-المراجعة-الفهرسة-الحفظ-التداول، الطبعة الأولى، مجلد 1، دار المفردات للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، الرياض، ISBN: 9789960592749.
2. العجلوني، موسى طه، 2015. إدارة السجلات الطبية في المستشفيات الحديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر، الأردن، عمان، ISBN: 9789957078966.
3. Amanda Warren, 2016. MEDICAL RECORDS MANAGEMENT, CHAPTER 1, silo.tips. Available at: <https://silo.tips/download/chapter-1-medical-records-management>
4. Miller, A. C. (2006). Jundi-Shapur, Bimaristans and the rise of academic medical centers. Journal of the royal Society of Medicine, 99(12), pp. 615-617.
5. حرساني، حسان، 1998. إدارة المستشفيات. ط1، م1، دار الفجر للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية.
<http://althager.med.sa/upload/f13e4f538f46141445de475c93694d9f.pdf>
6. Crown Journals, 2019. Personal Health Record Keeper and Logbook: Tracker Notebook Book Journal to Track, Record Medical History, Monitor Daily Medications and all Health Activities, independently published, ISBN-10: 1091031797.
7. National Health Service, 2019. **Corporate Records Retention and Disposal Schedule: Corporate Records Management**, Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/12/nhs-england-corporate-records-retention-schedule.pdf>
8. Patient Matters Manual. (http://www.health.nsw.gov.au/policies/manuals/patient_matters.asp) and patient / client records requirements at State Records (<http://www.records.nsw.gov.au/recordkeeping/government-recordkeeping-manual/rules/general-retention-and-disposal-authorities/general-retention-and-disposal-authorities-1/?searchterm=GDA>)
9. State Records Regulation 2010 <http://www.legislation.nsw.gov.au/maintop/view/inforce/subordleg+450+2010+cd+0+N>
10. Medical Board of Australia. **Good Medical Practice: A Code of Conduct** <http://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies.aspx>
11. Amanda Warren, 2016. **MEDICAL RECORDS MANAGEMENT, CHAPTER 1**, silo.tips. Available at: <https://silo.tips/download/chapter-1-medical-records-management>
12. Carlton, Mary E., 2011. **My Doctor Book a Personal Medical Records Organizer - WINNER of TODAY'S CAREGIVER-Caregiver Friendly Award 2012 Ring-bound**, Notebook Publishing Company, ISBN-10: 0984484302.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

13. شعيب، محمد عبدالمنعم، 2014. إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي - الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات -، الجزء الثاني.
14. Complaint Management Policy (section 7.9) http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2006/PD2006_073.html
15. CPSO, 2020. **MEDICAL RECORDS MANAGEMENT**. Available at: <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Policies-Guidance/Policies/Medical-Records-Management>.
16. جلدة، سليم بطرس، 2007. إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة الأولى، مجلد 1، دار الشروق، ISBN: 9957002988 للنشر والتوزيع،
17. Corporate Compliance Policies and Procedures, Legal Medical Record Standards. <https://policy.ucop.edu/doc/1100168/LegalMedicalRecord>
18. Department of Health UK, 2019. **Records Management**, NHS Code of Practice, 2nd. Edition, Produced by COI for the Department of Health. <http://www.nationalarchives.gov.uk/archives/deposit.htm>
<http://www.nationalarchives.gov.uk/archon/>
19. Huffman, E. K. , 1981. **Medical Records Management**, 7th. Edition, ISBN-10: 091703614X.
20. Huffman, E. K. , 1994. **Health Information Management**, 10th. Edition, Physicians' Record Company.
21. International Records Management Trust, 1999. **Managing Hospital Records**, Printed in the United Kingdom.
22. Iyer, Patricia W., 2016. **How to Analyze Medical Records: A Primer for Legal Nurse Consultants (Creating a Successful LNC Practice) (Volume 3)**, Create Space Independent Publishing Platform, ISBN-10: 1530681847.
23. MOH, 2006. **Medical Records: Polices & Procedures Manual**. Riyadh, Saudi Arabia.
24. Medicare Conditions of Participation, 42 CFR Section 482.24
25. مستشفى النفر، 2020. دليل السجلات الطبية. المملكة العربية السعودية. <http://althager.med.sa/upload/f13e4f538f46141445de475c93694d9f.pdf>
26. Huffman, E. K. , 1981. **Medical Records Management**, 7th. Edition, ISBN-10: 091703614X.
27. Lafrenierem Anthea, 2012. **Medical Records Management**, Canadian Medical Association.
28. Read, Judith; Ginn, Mary Lea , 2015. **Records Management**, 10th. Edition.
29. Santiago, Shirley, 2015. **Medical Records Management and Procedures**, ISBN-13: 978-1507756546.
30. قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25، 2018. الأردن، المنشور على الصفحة 3420 من عدد الجريدة الرسمية رقم 5517 بتاريخ 2018/5/31.
31. Business Records Exception, Federal Evidence 803(6)
32. California Code of Regulations, Title 22, Section 70751
33. California Healthcare Association Manual – Authentication sections
34. California Medical Information Act, California Civil Code Section 56 *et seq.*
35. Campion, Quinn, 2015. **The Medical Record as Forensic Resource.**, Campion Quinn, Jones and Bartlett Publishers.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

36. New South Wales Government, 2019. **Health Services, Public: Patient/Client records (GDA17)**. Available at: <https://www.records.nsw.gov.au/recordkeeping/rules/gdas/gda17>
37. New South Wales Health PD, 2005_593 Privacy Manual (Version 2). http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2005/PD2005_593.html
38. New South Wales Health, PD2005_593 Privacy Manual (Version 2) – NSW Health http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2005/PD2005_593.html, Health Records and Information Privacy Act 2002 <http://www.legislation.nsw.gov.au/maintop/view/inforce/act+71+2002+cd+0+N>, Government Information (Public Access) Act 2009 <http://www.legislation.nsw.gov.au/maintop/view/inforce/act+52+2009+cd+0+N>
39. New South Wales Health, PD2006_030 Incident Management Policy http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2007/PD2007_061.html
40. Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy & Security Rule, 45 CFR 160-164
41. Health Records and Information Privacy Act 2002 <http://www.legislation.nsw.gov.au/maintop/view/inforce/act+71+2002+cd+0+N>,
42. Mogli, G. D., 2016. **Medical Records Organization and Management (Guide to Health Records, Software, Insurance and Legal Professionals)**, ISBN: 9789385891823.
43. National Health Service, 2007. **Records Management Explained**, Produced by: Surrey Health Informatic Services and SussexHealth Informatic Service. Available at: https://www.igt.hscic.gov.uk/KnowledgeBaseNew/Surrey%20HIS_Records%20Management%20Explained%20-%20Retention%20Schedules.pdf
44. National Health Services-Orkney, 2010. **Records Management Policy**, UK. Available at: <https://www.ohb.scot.nhs.uk/sites/default/files/publications/1.2%20Records%20Management%20Policy.pdf>
45. New South Wales Government, 2019. **Health Care Records – Documentation and Management**.
46. Optum360°, 2018. **Clinical Documentation Improvement Desk Reference for ICD-10-CM & Procedure Coding 2019**, 1st. Edition, ISBN-10: 1622544218.
47. Public Health Act. <http://www.legislation.nsw.gov.au/>
48. British Medical Association, 2020. **Retention of health records**. Available at: <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/confidentiality-and-health-records/retention-of-health-records>
49. Lovaasen, Karla R., **ICD-10-CM/PCS Coding: Theory and Practice**, 2017 Edition 1st. Edition. ISBN-10: 0323478050.
50. New South Wales Health, PD2007_040 Open Disclosure http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2007/PD2007_040.html
51. Santiago, Shirley, 2015. **Medical Records Management and Procedures**, ISBN-13: 978-1507756546.
52. Syed, I. B. (2002). Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times. Journal of the International Society of the History of Islamic Medicine, 2, pp. 2-9.
53. Singh, Y., **Introduction to Electronic Medical Records**, Nelson, R. Mandela School of Medicine, Department of Telehealth.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

54. Srinivasan, A. V. , 2012. **Managing a Modern Hospital**, SAGE Publications India Pvt Ltd. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9788132108450>
55. State Records Act 1998
<http://www.legislation.nsw.gov.au/maintop/view/inforce/act+17+1998+cd+0+N>
56. حريستاني، حسان، 1981. **المدخل لعلم الإدارة الصحية**، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية.
57. نصيرات، فريد توفيق، 2008. **ادارة منظمات الرعاية الصحية**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
58. Press, P. P., 2015. **Personal Health Record Keeper and Logbook**, Gjr edition, ISBN-10: 1441319603.
59. Title 22 California Code of Regulations, Sections 70749, 70527, and 71549
60. VISION 2020 e-resource, 2006. **Medical Records in Hospitals**, Vol. 3 No. 8 August. Available at:
<http://www.v2020eresource.org/home/newsletter/news82006>

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المصطلحات والتعريفات

سجل الإسعاف والطوارئ:

يستخدم تسجيل مرضى الإسعاف والطوارئ ويتم الاحتفاظ بهذا السجل في قسم الإسعاف والطوارئ لمدة عام ثم يرسل إلى قسم السجلات الطبية.

قائمة انتظار الدخول:

قائمة يسجل بها أسماء المرضى الذين هم في انتظار التنويم بالمستشفى وذلك بسبب عدم توفر سرير أو غرفة.

دمج وتوحيد الملفات:

دمج ملفات المريض التي تم فتحها في فترات مختلفة في ملف واحد.

ترتيب الملفات:

تنظيم النماذج المختلفة بطريقة علمية وفقاً لما نص عليه دليل سياسات وإجراءات العمل .

الأشخاص المخولين:

وهم موظفي المستشفى ذوي العلاقة المباشرة برعاية المريض كالأطباء .

الإسعاف والطوارئ:

وهو القسم الذي يتم فيه استقبال الحالات الإسعافية والطارئة.

تعداد المرضى:

وهو إحصاء عدد المرضى المنومين بالمستشفى بصورة يومية.

نظام الملفات المركزي:

وهو نظام تخزين كل المعلومات في سجل مركزي واحد.

تحليل الملفات:

مراجعة الملفات مراجعة دقيقة لمعرفة أماكن النقص.

الترمز:

وهو نظام يعتمد على الأرقام ويستعمل لتسهيل عملية استرجاع المعلومات من

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الحاسب الآلي أو النظام اليدوي .

الترميز اللوني:

وهو نظام الترميز بطريقة الرقم الأخير وتستخدم فيه أرقام ملونة بألوان مختلفة.

الملف الشامل:

هو الملف الذي يحتوي على جميع النماذج الأساسية كما يحتوي على معلومات سرية تفصيلية وفقاً للمعايير والأسس والقواعد المعمول بها بالمستشفى.

السرية:

حماية المعلومات التي تحتويها ملفات المريض من السرقة والاستخدامات غير السليمة ولا يطلع عليها إلا الأشخاص المخولين بذلك.

الإقرارات:

ويقصد بها الحصول على الموافقة الإدارية من المريض أو ولي أمره المفوض فيما يخص القيام بالإجراءات العلاجية والعمليات الجراحية والفحوصات اللازمة.

فحص النواقص:

مراجعة ملفات العيادات الخارجية والمرضى المنومين من قبل موظفي السجلات الطبية وذلك للتأكد من عدم وجود أي نواقص بها.

الدخول المباشر:

دخول المريض لأقسام المرضى الداخلية مباشرة وبدون المرور بمكتب تنويم المرضى .

تحليل حالات الخروج:

وضع ترتيب جدولي للمعلومات المتوفرة عن حالات الخروج للوقوف على نوعية الخدمة التي تقدمها المستشفى.

فهرس الأمراض والعمليات:

وهو فهرس يوضح معلومات عن المريض أهمها التشخيص والإجراءات الجراحية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الفواصل:

وهي فواصل من الورق المقوى توضع بملف المريض لفصل الوثائق عن بعضها وفقاً لنوعية الخدمة المقدمة كالعيادات الخارجية، نتائج الفحوصات، الأقسام الداخلية، كما تستخدم لفصل الفهارس.

غرفة اجتماعات الأطباء:

وهي غرفة داخل قسم السجلات الطبية تخصص للأطباء لمراجعة وإكمال الملفات الطبية.

الحالات المشكوك فيها:

وهي الحالات التي فيها أخطاء إما في أرقام المستشفى أو أسماء المرضى.

الحالات الإسعافية:

وهي الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي أو جراحي سريع وذلك لمنع تدهور حالة المريض.

ملف الإسعاف:

وهو ملف معالجة المريض بالإسعاف والطوارئ وفي حالة تحويل المريض للعيادات الخارجية يضم الملف إلى ملف المريض العام.

تقييم خدمات قسم السجلات الطبية:

وهو تقييم يحدد كفاءة قسم السجلات الطبية في أداء أعماله مثل دقة معلومات الملفات وترتيب الفهارس.

وفيات الأجنة:

وهي وفاة الأجنة داخل الأرحام قبل الولادة أياً كانت مدة الحمل.

غلاف الملف الطبي:

يكون من الورق المقوى وذو وجهين يصمم بصورة معينة ويستخدم لحفظ نماذج السجلات الطبية.

مواعيد المراجعة:

وهي مواعيد تعطى للمرضى القدامى لمراجعة العيادات الخارجية في تاريخ ووقت محدد لمتابعة حالاتهم المرضية.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ترتيب النماذج:

وهي عملية ترتيب نماذج السجلات الطبية داخل الملف الطبي.

مراكز الرعاية الصحية:

وهي المراكز التي تقوم بالرعاية الصحية الأولية للمريض وتقوم بتحويل المريض إلى أقرب مستشفى إذا دعت الضرورة إلى ذلك.

المعلومات الطبية:

أي معلومات طبية تتعلق بالنواحي العقلية أو الجسمانية أو الاجتماعية للمريض

المرضى المنومون:

وهم المرضى الذين تم تنويمهم بالأقسام الداخلية لمدة لا تقل عن (٢٤) ساعة وتقدم لهم خدمة مستمرة بواسطة الهيئة الطبية.

أرقام المستشفى:

وهي الأرقام التي تسجل على ملفات المرضى عند أول مراجعة للمستشفى ويستخدم هذا الرقم في جميع المراجعات المستقبلية.

سجل التنويم:

وهو سجل يدون فيه كل ما يتعلق بالمريض منذ لحظة دخوله وحتى تاريخ خروجه من المستشفى.

تقرير حادث:

وهو تقرير يكتب في حالة حدوث أي حادث عرضي للمريض خلال فترة تنويمه.

التصنيف الدولي للأمراض:

وهو تصنيف رقمي للأمراض والإجراءات والعمليات تعتمد منظمة الصحة العالمية.

المعلومات:

هي المحصلة النهائية لعملية جمع وجدوله وتحليل البيانات للاعتماد عليها في اتخاذ قرار معين .

حالات الخروج:

وهي الحالات التي انتهت فترة تنويمها بالمستشفى.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الوصف الوظيفي:

وهو وثيقة تحتوي على معلومات عن وظيفة معينة وما تتطلبه من مؤهلات وخبرة وتدريب عملي ومهارات وقدرات معينة.

مدة التنويم:

وهي المدة التي يمكنها المريض داخل المستشفى وتحسب من تاريخ الدخول حتى تاريخ الخروج.

المواليد الأحياء:

وهم المواليد الجدد الذين توجد عليهم كل العلامات الحيوية مثل النبض والتنفس وضربات القلب وحركات العضلات الإرادية.

سوء ممارسة المهنة:

وتعني الإهمال وعدم المبالاة والعلاج غير السليم للمرضى.

تقييم الرعاية الطبية:

وهو عبارة عن برنامج لتقييم الرعاية المقدمة لأي مريض.

الاستشارة الطبية:

وهي استجابة أحد الأطباء لطلب المشورة المقدم من طبيب آخر وذلك لدراسة حالة المريض وتقييمها طبياً.

الملف الطبي:

ملف متكامل يحتوي على كل المعلومات التعريفية والطبية والاجتماعية التي تهم المريض ويضم ملف العيادات الخارجية وملف الأقسام الداخلية.

السجل الطبي:

أي سجل بالمستشفى تسجل فيه معلومات عن المرضى مثل سجل العمليات وسجل الإسعاف والطوارئ وسجل المواليد وسجل الوفيات.

لجنة السجلات الطبية:

وهي اللجنة التي تقوم بتقييم الملفات الطبية للمرضى وتقييم الخدمات المقدمة لهم.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

قسم السجلات الطبية:

من أهم أقسام المستشفى وعليه تقع مسئولية الاهتمام بملفات المرضى وإعداد التقارير التي توضح نوعية وكمية العمل الذي تم إنجازه والمساهمة في تطوير الخدمات الطبية.

نماذج السجلات الطبية:

وهي النماذج المستخدمة رسميًا في الملف الطبي لتدوين المعلومات المختلفة عن المريض.

تقرير طبي:

وهو عبارة عن معلومات طبية متكاملة تشمل نتائج الكشف السريري والتاريخ المرضي ونتائج الفحوصات والعلاجات والتشخيص المبدئي والنهائي لحالة مرضية.

حالات الطب الشرعي:

وهي حالات القضائية مثل الحالات والانتحار القتل والحريق وغيرها من الحالات القضائية.

نسبة الأمراض:

وهي النسبة المئوية للأمراض في مجتمع معين لفترة زمنية معينة.

نسبة الوفيات:

وهي النسبة المئوية للوفيات الناتجة عن الأمراض في مجتمع معين ولفترة زمنية معينة.

الصاق نتائج الفحوصات وتقارير الأشعة:

يتم إلصاق وتثبيت نتائج الفحوصات المخبرية وتقارير الأشعة على النماذج المخصصة لها داخل الملف الطبي.

المرضى الجدد:

وهم المرضى الذين يراجعون المستشفى لأول مرة ويعطون أرقام لملفاتهم الطبية ويفتح لهم ملفات عيادات خارجية جديدة وذلك بعد أخذ المعلومات التعريفية الكاملة والصحيحة.

نظام الحفظ:

وهو نظام يسهل عملية التعرف على الملفات والاحتفاظ بها واستعادتها.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

السجلات والملفات الطبية المتقاعدة:

وهي السجلات والملفات الطبية غير النشطة والتي تم الاحتفاظ بها لفترة طويلة لأغراض التعليم والأبحاث أو الطب الشرعي وتشمل ملف المريض - صور الأشعة - السجلات الطبية - التقارير والفهارس المختلفة.

المرضى القدامى (مرضى المتابعة):

وهم المرضى الذين تم معالجتهم إما بالأقسام الداخلية أو العيادات الخارجية ولا تزال ملفاتهم نشطة.

بطاقة تحديد مكان الملف:

وهي بطاقة يحدد فيها مكان الملف.

قائمة مواعيد العيادات الخارجية:

يتم تحديد عدد المرضى الجدد والقدامى لكل عيادة وذلك بالتنسيق بين إدارة المستشفى ورئيس قسم السجلات الطبية.

الخدمات الطبية المساندة:

وهي كوادر مؤهلة لتقديم المساعدة للكادر الطبي وذلك للعناية بالمريض وإكمال شفاؤه ويتم عملهم تحت إشراف الأطباء.

بطاقة فهرس المرضى الرئيسية:

بطاقة تحتوي على المعلومات التعريفية الكاملة كما تحتوي على رقم المستشفى ويتم ترتيبها وفقاً للحروف الأبجدية، وتكون بالحجم 5 x 3 بوصة.

دليل السياسات:

وهو الدليل الأساسي الذي يحدد القواعد والقوانين التي تحكم العمل.

ملفات المرضى مسبقاً التقييم:

وهي ملفات مرقمة تحتوي على جميع النماذج المهمة يتم تجهيزها لتسهيل عملية التسجيل.

المحافظة على الملفات:

يجب الاحتفاظ بملفات المرضى في أماكن مخصصة لذلك لمنع تعرضها للتلف أو الضياع.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الخصوصية:

وتعني المحافظة على خصوصية المعلومات المدونة بملفات المرضى وعدم نشرها.

حق نشر المعلومات:

المعلومات التي تنشر عن المريض بواسطة الطبيب وبإذن من المريض.

الإجراءات:

وهي الخطوات المتسلسلة اللازم اتباعها لإنجاز أي عمل في وقت محدد.

متابعة السجلات:

وتشمل مراجعة السجلات الطبية لتحديد أي نواقص من حيث النوع والكم.

التحليل النوعي:

وهو برنامج دراسة لكل الملفات وتقوم به الهيئة الطبية وذلك لتقييم الخدمات المقدمة.

إدارة الجودة:

وهي عملية متكاملة يتم القيام بها لتحسين جودة العمل بصورة مستمرة.

مراقبة الملفات:

وهي عملية مراقبة للملفات للتأكد من صحة إعدادها وحفظها في أماكن مأمونة والمحافظة على

سرية معلوماتها.

التحويل:

ويشتمل على نوعين:

أ. من خارج المستشفى: ويتم من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الأخرى.

ب. من داخل المستشفى: ويتم من قسم الآخر.

يجب تعبئة النموذج الخاص بالتحويل وهو نموذج من أصل وصورتين بحيث يرسل الأصل وصورة

للمستشفى وتبقى صورة بملف المريض بمركز الرعاية الصحية الأولية أو المستشفى المحول منه،

وعند الانتهاء من علاج المريض ترسل الصورة الثانية للجهة المحول منها المريض وتدون كل المعلومات

الخاصة بذلك.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

المحافظة على الملفات:

وتعني الاحتفاظ بالملفات لاستخدام المعلومات في المستقبل وذلك بغرض التخطيط والتطبيق ويتم الاحتفاظ بالملفات وفقاً لتعليمات تصدر من وزارة الصحة.

مراجعة الملفات:

ويتم بواسطة الطبيب المعالج وذلك لتحديد استمرار بقاء المريض بالمستشفى.

المعايير القياسية:

وهي المعايير التي توضع للتقييم الكمي والنوعي للخدمات.

الدعوى القضائية:

الدعوى التي ترفع إلى المحكمة لأخذ الحق.

استدعاء المحكمة:

وهي وثيقة طلب حضور للمحكمة لإثبات حضور المدعى عليه.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الاختصارات والرموز المعتمدة

Approved Abbreviations & Symbols

يمكن استخدام الاختصارات والرموز الطبية التالية عند التوثيق في السجلات الطبية للمريض تمت الموافقة على هذه القائمة للاستخدام في مرافق استرداد التكلفة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام الرموز الكيميائية والعلمية، وكذلك الاختصارات التي يشيع استخدامها من قبل عامة الناس، في السجلات الطبية.

لا يجوز استخدام الاختصارات عند تسجيل التشخيص (التشخيصات) النهائي أو الإجراء (الإجراءات) الذي يتم إجراؤه على الورقة الأمامية (نموذج القبول / التفريغ)، أو في ملخص التفريغ.

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

Abbreviations & Symbols	
<u>A</u>	
a	Before
A	Arterial
aa	of each
AA	aortic aneurysm
AaDCO2	alveolar-arterial CO2 gradient
AROM	Active range of motion
abd	Abdomen
ABG	arterial blood gas
ABX	Antibiotics
a,c, or ac	before meals, ante cibum
AC	assist control
Accu	Accucheck
AD	right ear
ADL	Activities of daily living
ad lib	as desired
add	Adduction
Adj bw	Adjusted body weight
Afib	artial fibrillation
AFO	ankle foot orthosis
A.G.A.	appropriate for gestational age
AI	aortic insufficiency
AICD	automatic implantable cardiac defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AILD	Angioimmunoblastic Lymphadenopathy Disease
AKA	above the knee amputation
ALL	acute lymphocytic leukemia
ALOS	anticipated length of stay

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ALP or ALK PO	alkaline phosphatase
alt	Alternate
A.M. or a.m.	before noon
AMA	against medical advice
A&Ox3	alert and oriented times 3
AODM	adult-onset diabetes mellitus
AOTB	alcohol odor to breath
AP	alkaline phosphatase
A-P	anteroposterior
ARDS	adult respiratory distress syndrome
ARF	acute renal failure
AROM	active range of motion
Art	Arterial
AS	left ear
ASAP	as soon as possible
ASCVD	Arteriosclerotic Cardiovascular Disease
ASD	atrial septal defect
ASH	asymmetric septal hypertrophy
ASHD	Arteriosclerotic Heart Disease
ASIS	anterior superior iliac spine
Assess.	assessment
ATNR	assymetric tonic neck reflex
Ausc	auscultation
A.V.	atrioventricular/arteriovenous
AVDO2	arterial-venous oxygen difference
AV fistula	arteriovenous fistula
A.V.M.	arteriovenous malformation
AVR	aortic valve replacement

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

<u>B</u>	
BBS	bilateral breath sounds
BE	barium enema
BEE	basal energy expenditure
Beta HCG	human chorionic gonadotropin
BFR	blood flow rate
BFRI	burn function recover index
BI	breathing index
BID, b.i.d or bid	twice daily
BIMA	bilateral internal mammary arteries
BK	below the knee
BKA	below the knee amputation
BLE	bilateral lower extremities
BM	bowel movement
BMI	body mass index
BP or B/P	blood pressure
BPH	benign prostatic hypertrophy
BPM	beats per minute
BPP	biophysical profile
BR	bed rest
BRP	bathroom privileges
BS	bowel sounds
bs	breath sounds
BSA	body surface area
BSE	breast self exam
BSEAR	brain stem evoked auditory response
BSER	brain stem evoked response
BSO	bilateral salpingo-oophorectomy

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

BSSRO	bilateral sagittal split ramul osteotomy of the mandible
BST	breast stimulation test
BTL	bilateral tubal ligation
BUE	bilateral upper extremities
BUN	blood urea nitrogen
Bx	Biopsy
	C
CA	Calcium
Ca	Carcinoma/cancer
CABG	Coronary artery bypass graft
CAD	Coronary artery disease
CAH	congenital adrenal hyperplasia
cal	Calories
CAN	cord around neck
CAP	Capsule
CAPD	chronic ambulatory peritoneal dialysis
Cath	Catheterize
CAVH	continuous arteriovenous hemofiltration
CAVHD	continuous arteriovenous hemodialysis
CBC	complete blood count
CBG	capillary blood gas
CBR	complete bed rest
cc	cubic centimeter
CC	chief complaint
CCU	Coronary Care Unit
CDI	clean, dry, and intact
CENT.	Centimeter
CG	contact guard
cGy	centigray

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

CHD	Congenital Heart Disease
CHF	congestive heart failure
CHO	carbohydrates
CI	cardiac index
C/N	Cervical intraepithelia neoplasia
Cl	Chloride
CL	clear liquid
CLL	chronic lymphocytic leukemia
cm	centimeter
CM	Cardiomyopathy
CMC	carpometacarpal
CMG	cystometrogram
CMV	cytomegalovirus
cmv	continuous mandatory ventilation
CNS	Central Nervous System
C/O	complains of
co	carbon monoxide
CO	cardiac output
CO2	carbon dioxide
Co-60	Cobalt-60
COAG	chronic open angle glaucoma
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CP	chest pain
CPAP	continuous positive airway pressure
CPD	cephalopelvic disproportion
CPK	creatinine phosphokinase
CPP	cerebral perfusion pressure
CPR	cardiopulmonary resuscitation
CPT	chest physiotherapy

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

Cr	creatinine
CRF	chronic renal failure
cryo	cryoprecipitate
CS	Caesarean Section
C & S	culture and sensitivity
CSF	cerebrospinal fluid
CST	contraction stress test
CSSD	Central Services Supply Department
CT	clotting time
CTA	clear to auscultation
CT Scan	computerized tomographic scan (head or body)
CTSP	called to see patient
CV	cardiovascular
CVA	cerebrovascular accident
CVAT	costovertebral angle tenderness
CVP	central venous pressure
CVS	cardiovascular system
cx	Circumflex
CXR	chest x-ray
	<u>D</u>
D5	5% dextrose solution
D10	10% dextrose solution
D50	50% dextrose solution
D/C	discontinue
D & C	dilatation and curettage
D & E	dilatation and evacuation
def	deficiency
DF	dorsiflexion
DI	diabetes insipidus

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

diag	Diagonal
DIC	disseminated intravascular coagulation
DIP	distal interphalangeal
DJD	degenerative joint disease
DKA	diabetic ketoacidosis
dl	Deciliter
DLCO	diffusion of carbon monoxide in the lung
DM	diabetes mellitus
DNKA	did not keep appointment
DNR	do not resuscitate
DNR/LT	do not resuscitate/limited therapy
DOA	dead on arrival
DOE	dyspnea on exertion
dop	doppler
D.R.	Delivery Room
DRHLA	D related region of the HLA complex
drnge	drainage
drsg	dressings
DSD	dry sterile dressing
DSM	Diagnostic Statistical Manual
dTC	curare
D.T.R.	deep tendon reflex
DT's	delirium tremens
DUB	dysfunctional uterine bleeding
DVT	deep vein thrombosis
dx	Diagnosis
dyn	dynamap
	<u>E</u>
ECG	electrocardiogram

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ECT	electroconvulsive therapy
E.D.	Emergency Department
EDC	estimated date of confinement
EEG	electroencephalogram
EGA	estimated gestational age
EJ	external jugular
EKG	electrocardiogram
EMG	Electromyography
ENT	ear, nose, and throat
EOB	edge of bed
EOM	extraocular movement
EP	Evoked potential
ER	Emergency Room
ERCP	endoscopic retrograde cannulation of pancreatic duct
ERV	expiratory reserve volume
ESR	erthrocyte sedimentation rate
ESRD	End Stage Renal Disease
EST	electroshock therapy
ET	endotracheal
ETA	estimated time of arrival
ETCO2	end tidal carbon dioxide
ETOH	alcohol (ethanol)
ETT	endotracheal tube
EUA	examination under anesthesia
EVRO	extraoral vertical ramus - osteotomy of the mandible
exc.	Excess
ext.	Extension
	<u>F</u>
FANA	fluorescent anti-nuclear antibody

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

FBS	Fasting blood sugar
FDIU	fetal death in utero
Fe	Iron
FEF 25-75	forced expiratory flow 25% - 75%
FEV1	forced expired volume in one second
FEV1/FVC	forced expired volume in one second/forced capacity
FFP	fresh frozen plasma
F.H.	family history
fh	fundal height
FHR	fetal heart rate
F102	fraction of inspired oxygen
FL	full liquid
flex	Flexion
FMH	family medical history
FRC	functional residual capacity
FSE	fetal scalp electrode
FTA	fluorescent transfer
FTN	finger to nose
FTOF	full train of four
FUO	fever of undetermined origin
FVC	forced vital capacity
fx	fracture
	<u>G</u>
G.	gravida
gal.	Gallon
GB	gallbladder
GBS	Group B Streptococcus
GC	gonococcal
GCS	Glasgow Coma Scale

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

GDM	gestational diabetes mellitus
GFM	good fetal movement
GFR	glomerular filtration rate
G.I.	gastrointestinal
Glu	glucose
Gm.	Gram
gr	Grains
GSW	gunshot wound
GTT	glucose tolerance test
gtts.	Drops
GU	genitourinary
GXT	Graded exercise test
gy	Gray
GYN	gynecology
Gyn	Gynecologist
	<u>H</u>
H/A	headache
HAL	hyperalimentionation
H2O	Water
HA Ab	Hepatitis A Antibody
HB Ab	Hepatitis B Antibody
HBsAg	Hepatitis B Surface Antign
HBIG	Hepatitis B Immunoglobulin
HBP	High blood pressure
HBV	Hepatitis B Virus
HCO2	Bicarbonate
hct	Hematocrit
HCV	Hepatitis C Virus
HCVD	Hypertensive Cardiovascular Disease

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

HD	hemodialysis
HDL	High density lipoprotein
HEENT	head, eyes, ears, nose & throat
HELLP	hypertension, elevated liver enzymes, low platelets
H.F.	hemofiltration
Hg	mercury
hgb (HGB)	hemoglobin
HHBB	High humidity blow-by
HHFM	High humidity face mask
HIV	Human immunodeficiency virus
HL	Heparin lock
HMD	Hyaline Membrane Disease
H/O	History of
HOB	head of bed
H & P	History and physical examination
HR	heart rate
hr.	Hour
h.s. or hs	at bedtime
HSV	Herpes simplex virus
Htn	hypertension
HX	History
	!
I	intact
IA	intra-arterial
IABP	Intra-aortic Balloon Pump
IBW	ideal body weight
I.C.	intermittent catheterization
ICN	Intensive Care Nursery
ICP	intracranial pressure

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

ICT	intermittent cervical traction
ICU	Intensive Care Unit
ID	Intradermal
IDDM	Insulin-Dependent Diabetes Mellitus
IDM	infant of diabetic mother
i.e.	that is
I:E	inspiration: expiration
IFD	infectious disease
Ig	immunoglobulin
I.H.S.S.	idiopathic hypertrophic subaortic stenosis
IJ	internal jugular
ILV	independent lung ventilation
IM	intramuscular
IMF	intermaxillary fixation
IMP	impaction/impression
IMV	intermittent mandatory ventilation
I & O	intake and output
IOL	intraocular lens
I/P	interphalangeal
IP	intraperitoneal
IR	internal rotation
IRV	inspiratory reserve volume
ITP	idiopathic thrombocytopenia purpura
IUGR	intrauterine growth retardation
IUP	intrauterine pregnancy
IUPC	intrauterine pressure catheter
IV	intravenous line
I.V.C.	intraventricular catheter
IVC	interior vena cava

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

IVCD	intraventricular conduction defect
IVH	intraventricular hemorrhage
IVP	intravenous pyelogram
IV push	intravenous push
IVRO	intraoral vertical ramus osteotomy of the mandible
J	
JODM	Juvenile Onset Diabetes Mellitus
JVD	jugular-venous distention
K	
K	potassium
kcal	kilocalories
KCl	potassium chloride
Kg. or kg.	kilogram
K.U.B.	kidneys, ureters, bladder
kv	kilovolts
KVO	keep vein open
L	
L	left
l	liter
LAD	left anterior descending
L.A.F.	left arm fistula
L.A.G.	left arm graft
LAQ	left arm qualifier
LAT	lateral
lb	pound
LBBB	left bundle branch block
LBM	lean body mass
LBP	low back pain
LCTA	lungs clear to auscultation

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

L Cx	left circumflex coronary artery
L.D.	low dose
LDH	lactate dehydrogenase
LDL	low-density lipoprotein
LE	lupus erythematosus
LE prep	Lupus erythematosus preparation test
LF	low forceps
LF I, II, OR III	Lefort I, II, III
LFS	liver function studies
LFT	liver function tests
L.G.A.	large for gestational age
LH	leutinizing hormone
LIMA	left internal mammary artery
LIT	Liter
LLE	left lower extremity
L.L.G.	left leg graft
LLL	left lower lobe
LLQ	left lower quadrant
LMP	last menstrual period
LNMP	last normal menstrual period
LOM	limitation of motion
LP	lumbar puncture
LS	lumbosacral
Lt.	left
LTG	long term goals
LUE	left upper extremity
LUL	left upper lobe
LUQ	left upper quadrant
LVAD	left ventricular assist device

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

LVB	left ventricular branch
LVH	left ventricular hypertrophy
Lytes	electrolytes
	<u>M</u>
M ²	meter squared
M. Avium	mycobacterium avium
MAC	monitored anesthesia care
mac ³	Macintosh blade
mand.	mandibular; mandible
Man Resus	manual resuscitator
MASHO	mandibular anterior sliding horizontal osteotomy
Mass Spec	mass spectrometry
MAT	multifocal atrial tachycardia
max.	Maximum
max. A	maximum assistance
MBT	maternal blood type
Mcg	microgram
MCP	metacarpophalangeal
MDI	metered dose inhaler
ME	medical examiner
Meds	medications
mEq	milliequivalents
MFR	mid forceps rotation
mg	Milligrams
MGUR	maximum glucose utilization rate
MI	myocardial infarction
MICU	Medical Intensive Care Unit
min.	minimum

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

MIN	Minute
min A	minimum assistance
ml.	milliliter
mm	millimeter
MMT	manual muscle test
MN (mn)	midnight
mod A	moderate assistance
MOI	mechanism of injury
MOV	Mode of Ventilation
MR	milligram radium equivalent
MRI	magnetic resonance imaging
MRSA	Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus
MS	multiple sclerosis
MSO4	morphine sulphate
MV	mechanical ventilation
MVA	motor vehicle accident
MVI	multivitamin infusion
MVP	mitral valve prolapse
MVR	mitral valve replacement
	<u>N</u>
N2	nitrogen
Na	sodium
NA	not applicable
NaCl	sodium chloride (salt)
nad	no acute distress
NB	newborn
NC	nasal cannula
NCPAP	nasal continuous positive airway pressure
NCS	nerve conduction studies

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

NCV	nerve conduction velocity
NCVD	normal controlled vaginal delivery
Neb	Nebulization
NEC	necrotizing enterocolitis
NF	not functioning
NGT	nasogastric tube
NGU	nongonococcal urethritis
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
NIDDM	non-insulin dependent diabetes mellitus
NIF	negative inspiratory force
NIMV	nasal intermittent mandatory ventilation
NJ	nasal jejunal (feeding newborn)
NKA	no known allergies
NKDA	no known drug allergies
nl	normal
NM	Nuclear Medicine
NOE	naso-orbital ethmoidal
NOS	not otherwise specified
NP	nasopharyngeal
NPC	non-protein calories
NPO	nothing by mouth
NPPH	newborn persistent pulmonary hypertension
NPT	nocturnal penile tumescence test
NRB	non-rebreather mask
NS	normal saline solution
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory drug
NSR	normal sinus rhythm
NSS	normal saline solution
NSSTT	nonspecific ST-T wave

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

NST	nonstress test
NSU	nonspecific urethritis
NT	not tested
NTG	Nitroglycerin
NTP	Nitroprusside
N/V	nausea and vomiting
N/V/D	nausea, vomiting, diarrhea
NWB	non-weight bearing
	<u>Q</u>
OA	oro-antral
OB	Obstetrics
obj	objective
OBS	Organic Brain Syndrome
o.d. or od	right eye
OD	overdose
oint	ointment
OKC	odontogenic keratocyst
OM	obtuse marginal artery
OMFS	Oral & Maxillofacial Surgery
OOB	out of bed
OPD	Outpatient Department
OPG	Oculoplethysmography
OPH	Ophthalmology
O.R. or OR	Operating Room
ORIF	open reduction internal fixation
o.s. or os	left eye
O2 sat	oxygen saturation
O.T. or OT	Occupational Therapy
OTA	open to air

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

O.U. or OU	both eyes
	<u>P</u>
P	pulse
PA	posterior anterior
PA GRAM	pulmonary arteriogram
PAC	premature atrial contraction
PaCO ₂	arterial carbon dioxide
PACU	post-anesthesia care unit
PAD	pulmonary artery diastolic
PaO ₂	partial pressure of arterial oxygen
palp	palpable
PAP	pulmonary artery pressure
PAP smear	Papanicolaou Smear
PARA	number of pregnancies with live birth
PARR	post-anesthetic recovery room
PAS	pulmonary artery systolic
PAT	paroxysmal atrial tachycardia
PC	pressure control
p.c. or pc	after a meal, post cibum
PCM	protein calorie malnutrition
PCN	Penicillin
PCO ₂	carbon dioxide pressure
PCWP	pulmonary capillary wedge pressure
PD	peritoneal dialysis
PDA	patent ductus arteriosus
PDB	posterior descending branch
PE	physical examination
PeCO ₂	partial pressure of expired carbon dioxide
PED	Pediatrics

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

PEG	percutaneous endoscopic gastrostomy
PEEP	positive end expiratory pressure
PERRLA	pupils equal, round, reactive to light and accommodation
PF	plantar flexion
PH	past history
pH	hydrogen ion concentration
PID	pelvic inflammatory disease
PIH	pregnancy induced hypertension
PIP	peak inspiratory pressure
PJC	premature junctional contraction
PKU	phenylketonuria
plts	platelets
P.M. or p.m.	after noon and before midnight
PMD	private medical doctor
PMH	past pertinent medical history
PNC	premature nodal contraction
PND	paroxysmal nocturnal dyspnea
PNS	peripheral nerve stimulator
p.o. (per os)	by mouth
PO2	oxygen pressure
POD	post operative day
post	past; after; behind
p.p.	postpartum
PPH	persistent pulmonary hypertension
PPN	peripheral parenteral nutrition
PPNG	penicillin producing - Neisseria Gonorrhoea
PRBC	packed red blood cells
PRE	progressive resistive exercise
pre-alb	prealbumin

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

pre op	before operation
prep	preparation
PRM	passive range of motion
prn or p.r.n.	as necessary
PROM	premature rupture of membranes
pro	protein
PROM	passive range of motion
PS	pressure support
pt	patient
PT	physical therapy
PTA	prior to admission
PTAV	percutaneous transluminal aortic valvuloplasty
PTB	patellar tendon bearing
PTCA	percutaneous transluminal coronary angioplasty
PTD	prior to delivery
PPT	patient prothrombin time
PTT	prothrombin time
PTMV	percutaneous transluminal mitral valvuloplasty
PUD	peptic ulcer disease
PUVA	psoralen ultraviolet light
PVC	premature ventricular contractions
PVD	Peripheral Vascular Disease
PVL	periventricular leukomalacia
PvO ₂	partial pressure of venous oxygen
pvr	pulmonary vascular resistance
PVR	peripheral vascular resistance
PWB	partial weight bearing
PWD	pregnancy with depression
	Q

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

q.	every
q.a.m.	every morning
q.d.	every day
q.h.s.	every bedtime
q.i.d.	four times daily
q.h.	every hour
qns	quantity not sufficient
q.o.d.	every other day
q.s.	quantity sufficient
	<u>R</u>
R	right
RA	room air
rad	radiation absorbed dose
R.A.F	right arm fistula
R.A.G.	right arm graft
RBBB	right bundle branch block
RBC	red blood cell
RBP	resting blood pressure
RCA	right coronary artery
RDS	respiratory distress syndrome
REM	rapid eye movement
reps	repetitions
res	residuals
RF	renal failure
RHD	Rheumatic Heart Disease
RHR	resting heart rate
RIA	radioimmunoassay
RIMA	right internal mammary artery
RL	Ringer's Lactate Solution

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

RLE	right lower extremity
RLF	retrolental fibroplasia
R.L.G.	right leg graft
RLL	right lower lobe
RLQ	right lower quadrant
RM	ruptured membrane
RML	right middle lobe
ROA	right occipitoanterior
ROM	range of motion
R/O	rule out
ROP	retinopathy of prematurity
ROS	review of systems
RPE	rate of perceived exertion
RR	respiratory rate
RS	ruptured spontaneous
RSO	Radiation safety Officer
Rt.	Right
RT	radiation therapy
RTC	return to clinic
RUE	right upper extremity
RUG	retrograde urethrogram
RUL	right upper lobe
RUQ	right upper quadrant
RV	right ventricle
RVAD	right ventricular assist device
RVITLC	residual volume/total lung capacity
Rx.	treatment; prescription
	<u>S</u>
S & S	signs & symptoms

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

S. ly	sidelying
SAB	subarachnoid block
SAH	subarachnoid hemorrhage
SaO2	saturation of arterial oxygen
SAQ	short arc quad
SBA	stand by assistance
SB	sinus bradycardia
SBE	subacute bacterial endocarditis
SBFT	small bowel follow through
SC	subclavian
SCI	spinal cord injury
SDH	subdural hematoma
SEH	subependymal hemorrhage
SEM	systolic ejection murmur
SG	Swan-Ganz Catheter
S.G.A.	small for gestational age
SGOT	serum glutamic oxaloacetic transaminase
SGPT	serum glutamic pyruvic transaminase
SI	sacroiliac joint
SIADH	Syndrome of Inappropriate - Antidiuretic Hormone Secretion
SICU	Surgical Intensive Care Unit
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
SIG	write or label
SIMV	synchronized intermittent mandatory ventilation
S.L.	single lumen
SLE	systemic lupus erythematosus
SLR	straight leg raises
S.O.	significant other
SOAP	subjective, objective, assessment, plan

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

SOB	shortness of breath
sol	Solution
S/P	status post
Sq	subcutaneous
S/S	signs and symptoms
SSCP	substernal chest pain
SSE	soap suds solution enema
SSEP	somatosensory evoked potential(s)
SR	sedimentation rate
SROM	sponstaneous rupture of memembranes
ss	half
st	stand
ST	sinus tachycardia
stat	immediately
STD	sexually transmitted disease
STG	short term goals
STP	sodium thiopental
STSG	split thickness skin graft
subcl cath	subclavian catheter
subj	subjective
sup	supervision
sup.ly	suppine lying
supr	supervision
sux	succinylcholine
SVC	superior vena cava
SVD	spontaneous vaginal delivery
SVG	saphenous vein graft
SVR	systemic vascular resistance
SVT	supraventricular tachycarida

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

Sx	Symptoms
SXR	skull x-ray
	<u>I</u>
T & A	tonsillectomy and adenoidectomy
tab	tablet
TAB	therapeutic abortion
TAH	total abdominal hysterectomy
TB	Tuberculosis
TBSA	total body surface area
tbsp	tablespoon
TcO2	transcutaneous oxygen
TCM	transcutaneous monitor
TcCo2	transcutaneous carbon dioxide
tele	telemetry
temp	temperature
TEN	toxic epidermal necrolysis
TENS	transcutaneous electrical nerve stimulation
TF	tube feeding
TG	triglyceride
TIA	transient ischemic attack
t.i.d. (or tid)	three times daily
TIUV	total intrauterine volume
TLC	total lung capacity
TLSO	thoracolumbar spinal orthosis
TMJ	temporal mandibular joint
TMP	transmembrane press
TNR	tonic neck reflex
TNTC	too numerous to count
T & O	tubes and ovaries

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

T.O.	telephone order
TOA	tubal ovarian abscess
T.O.L.	trial of labor
TP	total protein
TPN	total parenteral nutrition
TPR	temperature, pulse, and respiration
Trach	tracheostomy
TSH	thyroid stimulating hormone
tsp	teaspoon
TST	treadmill stress test
TTL (lab)	tissue typing laboratory
TTN	transient tachypnea of the newborn
TTWB	touch toe weight bearing
TUR	transurethral resection
TURB	transurethral resection bladder
TURP	transurethral resection of prostate
TVH	total vaginal hysterectomy
TVR	tricuspid valve replacement
T.W.	target weight
TX	treatment
	<u>U</u>
U	units
UA	uric acid
U/A	urinalysis
UAC	umbilical artery catheterization
UC	uterine contractions
UCG	urine chorionic gonadotrophin
UE	upper extremities
UGI	upper gastrointestinal series

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

URI	upper respiratory infection
US	ultrasound
UTI	urinary tract infection
UUN	urine urea nitrogen
uv	ultraviolet
UV	urine volume
UNC	umbilical venous catheter
	<u>V</u>
V	venous
V gram	ventriculogram
VA	ventricular aneurysmectomy
Vag	vaginal
VBAC	vaginal birth after Cesarean Section
VC	vital capacity
vc	volume control
VCU	voiding cystourethrogram
VCUG	voiding cystourethrogram
VD	veneral disease
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory (test)
ven	venous
vent	ventilator
VER	visual evoked response
VF	ventricular fibrillation
VIN	vulvar intraepithelial neoplasia
VIP	voluntary interruption of pregnancy
VM	venti mask
VO	verbal order
VP	venous pressure
VS	vital signs

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

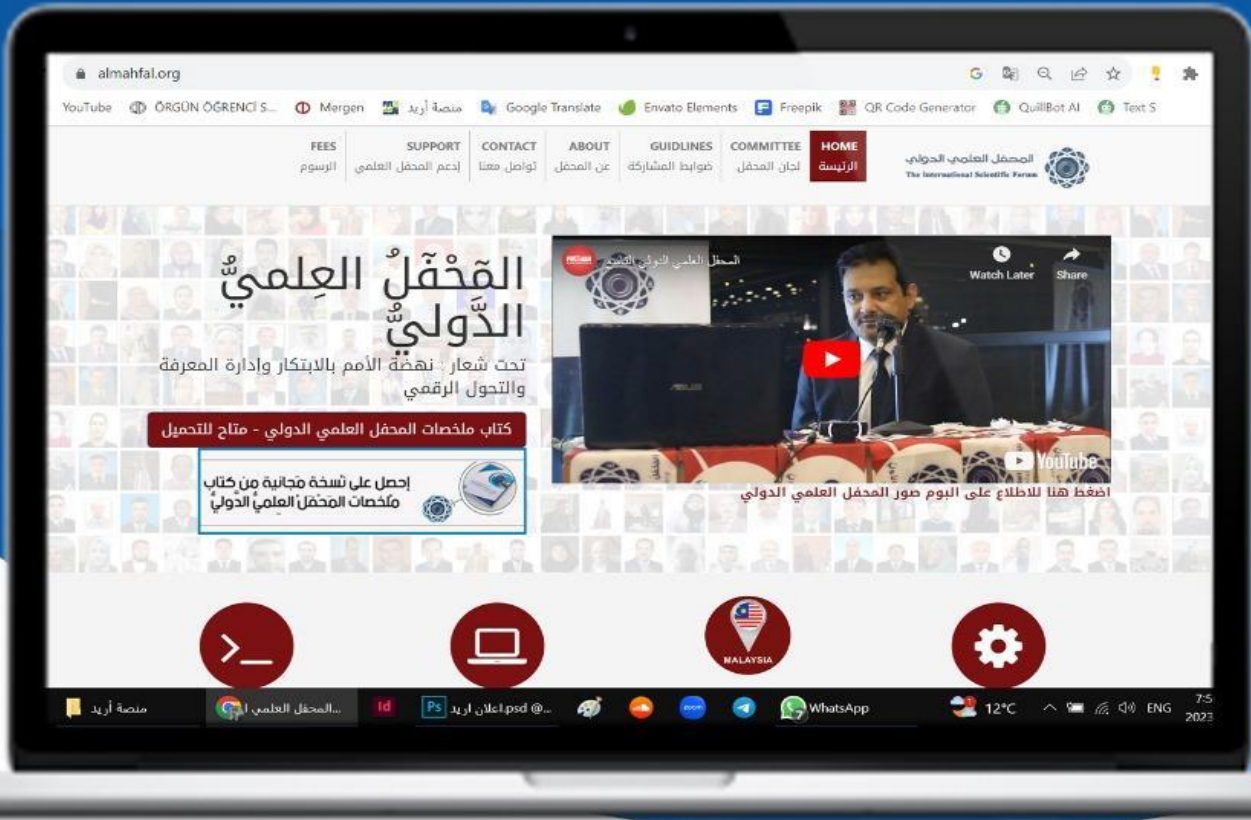
VSD	ventricular septal defect
VSS	vital signs stable
Vt	tidal volume
VT	ventricular tachycardia
VTX	vertex
	<u>W</u>
WB	weight bearing
WBAT	weight bearing as tolerated
WBCC	white blood cell count
WC	wheelchair
WD	well developed
wk.	week
WN	well nourished
WNL	within normal limits
WP	whirlpool
WPW	Wolf Parkinson White Syndrome
wt.	Weight
	<u>Z</u>
ZMC	zygomaticomaxillary complex
ZPG	zero population growth
	<u>Symbols</u>
c	with
p	after; past
s	without
x	except
↓	below, decrease, less
↑	above, increase, more
*	therefore
<	less than

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

>	more than
Δ	change in
\surd	flexion
/	extension
2°	secondary to
°	hour (e.g. 2 ^h)
- press	negative pressure
,	minutes (e.g. 2')
0	none
+	positive
"	seconds (e.g. 2'')
-	Negative



المحفل العلمي الدولي



يُعد "المحفل العلمي الدولي" وعاءً علميًّا خاصًّا بأعضاء منصة أريد، يستوعب ما يمكنهم القيام به من أنشطة وفعاليات علمية، وثقافية، وفكرية، وتواصلية، تُحقِّق الفائدة للمنصة وأعضائها في ضوء ما أقرّه أعضاء اللجنة التحضيرية لهذا المحفل من قيم، ورسالة، ورؤية.

منصة أريد العلمية

ARID Scientific Platform



منصة أريد هي منظمة غير ربحية تتيح التسجيل المجاني لتحقيق أهداف علمية متعددة الأوجه. تم تأسيسها من قبل باحثين وخبراء مهتمين بتطوير البحث العلمي.

مقرات المنصة: بريطانيا - ماليزيا - العراق - تركيا (13467806) ARID SCIENTIFIC LTD
All rights reserved - Address: 128 City Road, London, EC1V 2NX

● WWW.ARID.MY للتسجيل مجاناً في المنصة



Arid



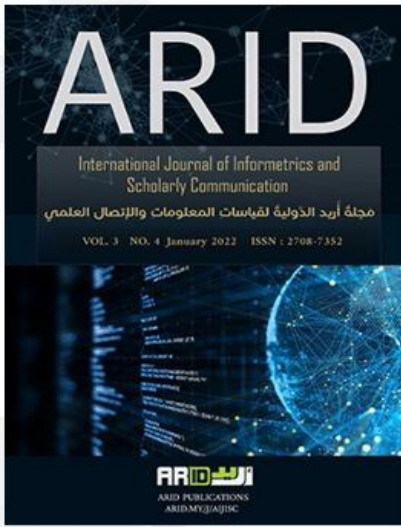
Arid

مجلات أريد الدولية

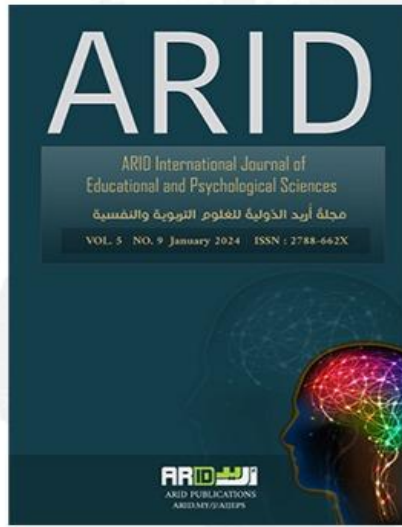
مجلات علمية تهدف الى الرقي بالمستوى العلمي
لناطقين باللغة العربية

WWW.ARID.MY

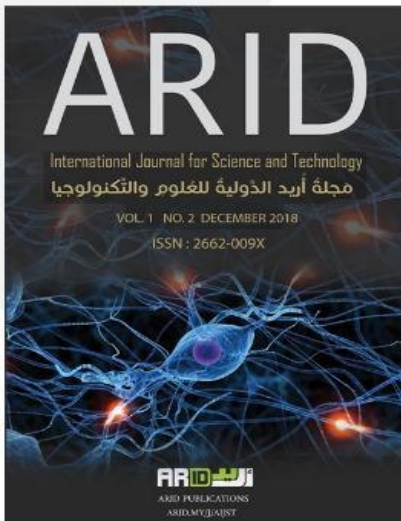
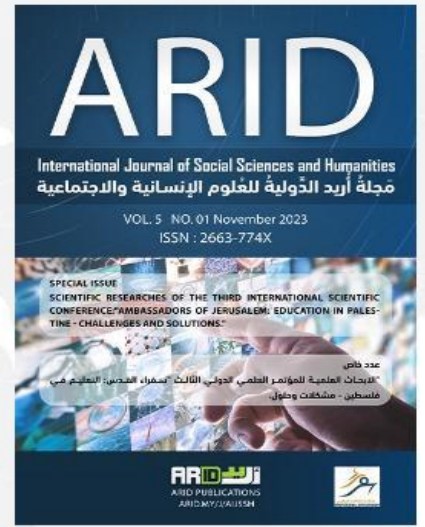
مجلة أريد الدولية لقياسات
المعلومات والاتصال العلمي



مجلة أريد الدولية للعلوم
التربوية والنفسية



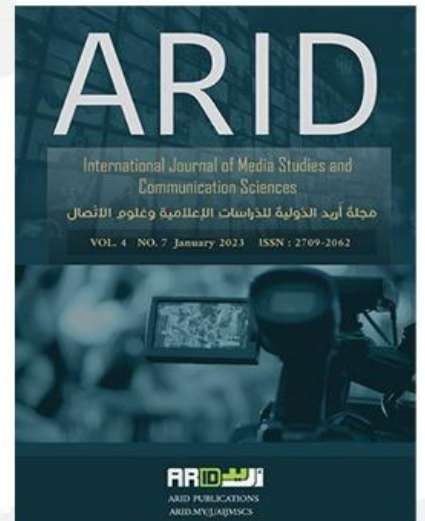
مجلة أريد الدولية للعلوم
الإنسانية والاجتماعية



مجلة أريد الدولية للدراسات
الإعلامية وعلوم الإتصال

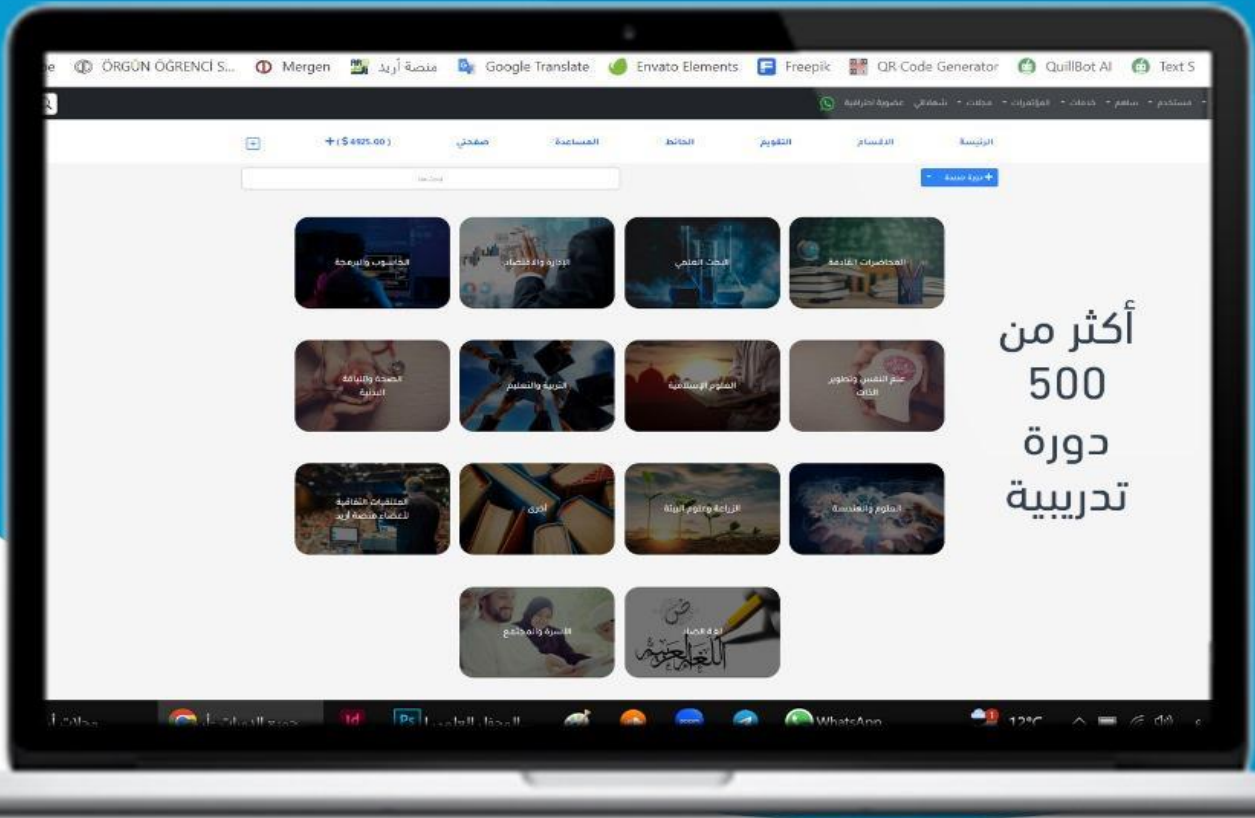


مجلة أريد الدولية للعلوم
والتكنولوجيا



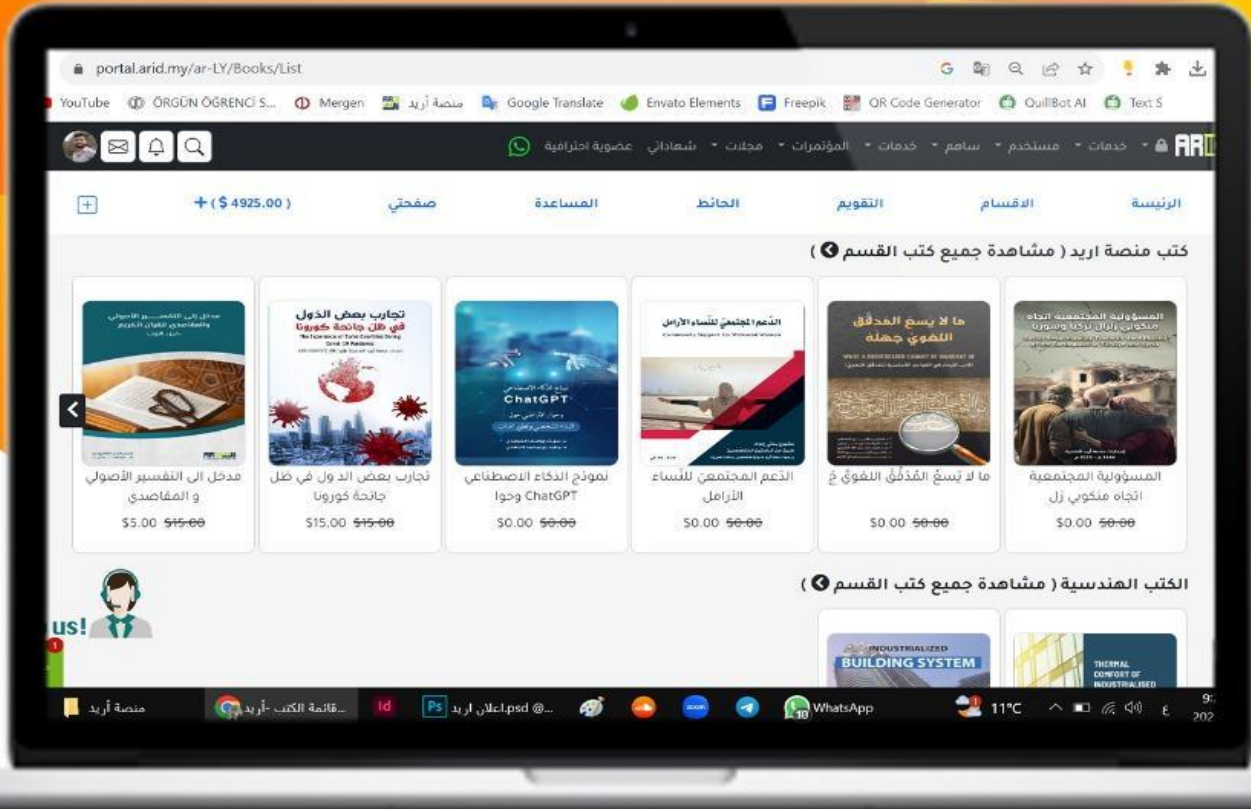
نظام عليم للتعليم الالكتروني في منصة أريد العلمية

أكثر من 500 دورة تدريبية ومحاضرة علمية



المكتبة الرقمية في منصة أريد

مكان واحد لجميع إصدارات أريد العلمية



الموقع الرسمي للمكتبة الرقمية

portal.arid.my/ar-LY/Books/List



أريد ARID
Arabic Researcher ID

WWW.ARID.MY

أوسمة منصة أريد العالمية

سجل في منصة أريد العلمية واحصل على الأوسمة العلمية مع الشواهد وكتب التأييد

السجلات الطبية الحديثة (المبادئ والإدارة)

الدكتور محمد سلطان ماجد محاسنه
الدكتور أسيد محمد سلطان محاسنه
الدكتورة رغد عقاب القادري
الأستاذة أمان محمد سلطان محاسنه

يرجع تاريخ السجلات الطبية في قدمه إلى قدم الطب ذاته. فمنذ عهد سحيق قام ممارسو فنون العلاج بتسجيل أعمالهم للمراجعة والبحث. وقد أثبتت تلك السجلات قيمة عالية للأطباء القداماء في سعيهم نحو تشخيص وعلاج مرضاهم ولا تزال السجلات الطبية إلى يومنا هذا تخدم كعنصر أساسي لنظام تقديم الرعاية الصحية.