

قسم السجلات الطبية

المحتويات

مقدمة:

الفصل الأول: نظرة عامة على قسم السجلات الطبية:

- الرسالة
- الغايات
- الأهداف
- الخصائص

الفصل الثاني: المقاييس والمعايير الخاصة بالسجلات الطبية

الفصل الثالث: وظائف قسم السجلات الطبية

- التحليل النوعي
- القسم الخاص بملفات الأطباء غير المكتملة
- فهرس الأطباء
- علاقة قسم السجلات الطبية مع الأقسام الأخرى
- إفشاء المعلومات

الفصل الرابع: التعريفات والمسميات والمؤشرات الإحصائية المستخدمة في المستشفيات

الفصل الخامس: الهيكل التنظيمي والوصف الوظيفي للعاملين بقسم السجلات الطبية

الفصل السادس: تصميم وتجهيز قسم السجلات الطبية

الفصل السابع: ضمان الجودة في قسم السجلات الطبية

الفصل الثامن: برنامج التكويد بالكمبيوتر

الفصل التاسع: متنوعات

- لجان قسم السجلات الطبية
- لجنة السجلات الطبية
- لجنة النماذج
- المشتريات
- التدريب
- المكتبة - الأرشفة
- الزى الموحد

الفصل العاشر: المرفقات

الرموز والمختصرات الطبية:

السجلات الطبية

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.

- وتقوم السجلات الطبية بتسجيل دورة المريض وعلاجه خلال فترة معينة ومتابعته بعد ذلك كمريض بالقسم الداخلي أو بالعيادة الخارجية. وعلى هذا فهي أداة هامة في الممارسة الطبية. وتعتبر أساس تخطيط وتقييم الرعاية الصحية التي تقدم للمريض بالإضافة إلى أنها وسيلة للاتصال ما بين الطبيب والمهن 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.

- وطبقا للجنة المشتركة لاعتماد هيئات الرعاية الصحية يمكن تحديد الهدف من السجلات الطبية كآلاتي:
 1. وضع خطة لرعاية المريض.
 2. إعطاء الأدلة على أن التقييم العلاجي للمريض والعلاج كانا كافيين خلال فترة إقامته بالمستشفى.
 3. توفير وسيلة اتصال بين أخصائيي الرعاية الصحية المشاركين في رعاية المريض.
 4. وجود مستندات قانونية خاصة بالمريض لما لذلك من مصلحة له وللمستشفى وللممارسي الرعاية الصحية.
 5. توافر قاعدة بيانات للتعليم والبحث المستمر.

كما اقترحت اللجنة بالإضافة إلى ذلك أن يمثل السجل الطبي وسيلة اتصال مركبة بين أخصائيي الرعاية الصحية على أن يشمل التاريخ المرضي مكتوبا وملاحظات حول تقدم الحالة الصحية وملاحظات الممرضات والاستشارات وتقارير المعمل وملخصات العمليات وملخص خروج المريض من المستشفى وهكذا. كما يشمل السجل الطبي خلال مدة بقاء المريض بالمستشفى، توقعات عن الحالة وملاحظة المريض على أن يشارك جميع أعضاء فريق الرعاية الصحية بتبادل الأفكار وإعطاء الملاحظات التي تؤدي إلى التشخيص النهائي للحالة.

تاريخيا .. تجدر الإشارة هنا إلى أن 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 أساسا 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 وتقعها بقية الأحداث حسب الترتيب الزمني.

وحديثاً يعتبر قسم السجلات الطبية مسئول عن توفير المعلومات والبيانات التي تساعد في التخطيط لرعاية المريض بالإضافة إلى أهداف التعليم والبحث وتقديم التقارير للجهات المعنية. كما أنه المسئول عن ضمان

السجلات الطبية - مقدمة

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 والمسؤوليات الموكلة إليه على الوجه الأكمل. حيث أن هذا القسم يعد بمثابة حجر الزاوية لنظام إدارة المعلومات الصحية بالمستشفيات حيث أنه يضمن استمرار تقديم الخدمات للمرضى.

وحتى يتمكن هذا القسم من تأدية عمله على الوجه الأكمل فإنه يجب أن يأخذ مكانه بين الأقسام الأخرى بالمستشفى من حيث النظام والسياسات المتبعة والإمكانيات والتمويل ورعاية المرضى والتدريب. كما سيكون هناك احتياج إلى وسائل مجهزة لضمان دقة السجلات الطبية واستكمالها وتقديم باقي الخدمات. وحيث أن قسم السجلات الطبية هو المسئول عن سجلات المرضى والمحافظة على تلك السجلات فيجب أن يكون مكانه قريباً وفي متناول العامة.

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.

ومما سبق يتضح أن هذا الدليل يحاول وضع أسس نظام السجلات الطبية والذي سوف يساعد بدوره في تقديم خدمات قسم السجلات الطبية بالمستشفيات التابعة لمشروع استرداد تكاليف العلاج. ويتكون هذا الدليل من مجموعة من السياسات والإجراءات والخطوات الرئيسية. كما يشمل أيضاً الرسالة والغايات والأهداف والوظائف والأنشطة الرئيسية بالإضافة إلى تنظيم الأفراد داخل القسم وتفاصيل العلاقات الداخلية والخارجية للقسم. كما تجدر الإشارة أيضاً إلى مفاهيم ومستويات ضمان الجودة.

وقد تم إعداد هذا الدليل على نحو ملائم بالنسبة لجميع مستشفيات المشروع غير أنه يجب إدخال التعديلات اللازمة لكل مستشفى على حدة وبالإضافة إلى ذلك يجب على كل مستشفى أن تراجع بانتظام مجموعة السياسات والإجراءات الخاصة بها وإجراء التعديل الملائم عند الضرورة.

وقد يكون تطبيق هذا النظام أمراً يحتاج إلى وقت طويل وقد تنشأ بعض المعوقات بسبب عدم القدرة على التحول من الأنظمة السائدة حالياً أو الحاجة إلى تمويل إضافي غير أنه من الأفضل أن تبدأ المستشفيات في تطبيق هذا النظام حتى تمهد السبل لإرسائه، كما يجب التأكيد هنا على أهمية توفير التدريب المناسب للعاملين حيث أنه من خلال تلك التدريبات سوف يمكن فهم وتطبيق النظام بنجاح.

الفصل الأول:

نظرة عامة على قسم السجلات الطبية

الرسالة:

خلق 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.

الغايات:

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 لاسم 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.
9. المشاركة الفعالة في لجنة السجلات الطبية ولجنة النماذج.
10. التدعيم والتشجيع والمشاركة في برنامج ضمان الجودة وتحسينها.

الأهداف:

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 والجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ووزارة الصحة والسكان.
9. توفير نظام مناسب لاسترجاع المعلومات الطبية.
10. توكيد وتكوين 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.

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.

الخصائص:

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:

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 قريباً 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 تحتوى 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.
7. يعتبر قسم السجلات الطبية هو أول مكان يذهب إليه فريق الرعاية الطبية والمرضى بانتظام للحصول على صور لسجلاتهم الطبية لذا يجب أن يسمح للمسؤولين 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.

الفصل الثاني:

المقاييس والمعايير الخاصة بالسجلات الطبية

المقاييس والمعايير

1. يجب استيفاء السجلات الطبية في الوقت المناسب واحتوائها على البيانات الكافية الخاصة بالمريض وبالتشخيص وبمبررات العلاج مع بيان دقيق بالنتائج.
2. يجب إجراء تحليلًا منتظمًا للسجلات الطبية حتى تحقق الهدف منها وهو توثيق المعلومات الخاصة بالرعاية المقدمة للمريض من أجل إجراء عمليات التقييم والمراجعة الإكلينيكية والأنشطة البحثية والتعليمية وأيضا للأغراض الطبية والقانونية والمالية.
3. تقع مسئولية جودة السجلات الطبية على عاتق الهيئة الطبية ومن ثم فان على لجنة السجلات الطبية أن تتأكد من مراجعة السجل الطبي لضمان اكتماله ووضوح بياناته وصلته بالنواحي الإكلينيكية وأن الفحوص والعلاجات تعكس حالة وتقدم المريض.
4. لا يجوز استخدام الاختصارات والرموز إلا بعد الموافقة عليها من قبل الهيئة الطبية على أن يتم تزويد الأفراد المصرح لهم بقيد البيانات في السجل الطبي بقائمة تفسيرية لها.
5. يجب أن تطبق اللوائح والقواعد والأنظمة الخاصة بالهيئة الطبية لضمان قيام أعضاء الفريق المسئول عن تقديم الرعاية الصحية بتوفير أفضل الخدمات الطبية للمرضى المترددين على المنشأة.
6. يجب قصر الإطلاع على السجل الطبي على الأشخاص المصرح لهم فقط على أن يكون الإطلاع بغرض تأمين استمرارية تقديم الرعاية الصحية للمرضى بواسطة مقدمي الرعاية الصحية.

استيفاء السجل الطبي:

1. يجب استيفاء السجل الطبي خلال 24 ساعة من خروج المريض، وحتى يكون السجل الطبي كاملاً، يجب أن يحتوي على البيانات التالية:
 - اسم المريض بالكامل
 - رقم السجل الطبي للمريض
 - تاريخ ميلاد المريض
 - الجنس
 - اسم وعنوان ورقم تليفون قريب للمريض أو من يمكن الاتصال به في حالة الطوارئ
2. يجب أيضاً أن يحتوي السجل الطبي بوضوح على البيانات التالية:
 - نوع الحساسية التي يعاني منها المريض - ان وجدت
 - ما إذا كان المريض يعاني من أي مرض مزمن معد مثل الالتهاب الكبدي الوبائي
 - فصيلة الدم - إن كانت معروفة
 - التشخيص عند دخول المريض المستشفى
 - التاريخ المرضي للمريض بالكامل: السابق والحالي والتاريخ المرضي للأسرة
 - بيان تفصيلي بالكشف الإكلينيكي على المريض
3. يجب أن تكون كافة الموافقات اللازمة موقعة ومؤرخة من قبل المريض ويشهد عليها أحد العاملين بالمستشفى.
4. يجب أن يذكر الطبيب المعالج نوع العلاج المطبق بوضوح.

5. يجب أن يتم التصحيح أو التعديل لإحدى البيانات المدونة في السجل الطبي بوضع خط واحد رفيع فوق كل سطر محتو على بيانات غير دقيقة مع مراعاة التأكد من استمرار إمكانية قراءته، والتوقيع أمامه وتسجيل تاريخ ووقت إجراء التصحيح. ولا يجوز مسح أو شطب البيانات الخاطئة.
6. يجب أن يتم طلب كافة الفحوصات أو الاختبارات المطلوبة من قبل الطبيب المعالج عن طريق استكمال نماذج الطلبات المناسبة وفقا للتوجيهات الإرشادية الخاصة بالمنشأة.
7. يجب تدوين كافة أنواع المتابعة والاستشارات والعلاجات الروتينية والخاصة على نحو ملائم في النماذج المناسبة.
8. يجب استيفاء البيانات الخاصة بالتاريخ المرضي للمريض والكشف الطبي المجري له خلال 24 ساعة من دخوله للمستشفى وقبل إجراء الجراحة والإجراءات الأخرى:
 - ويشمل التاريخ المرضي: الشكوى الرئيسية وتفاصيل المرض الحالي والتاريخ السابق والاجتماعي والعائلي للمريض وبيان حالة أجهزة الجسم والأدوية المقررة (بالجرعات) وأنواع الحساسية التي يعاني منها المريض - إن وجدت.
 - أما الكشف الطبي فيشمل تقييما شاملا للحالة الصحية للمريض وبيانا بالنتائج المستخلصة وخطة العمل، كما يجب ذكر نتائج الفحوصات المعملية والأشعة.
9. يجب تدوين الملاحظات الخاصة بتطور الحالة يوميا على الأقل بالنسبة للمرضى ذوي الحالات الخطرة وكذلك بالنسبة للمرضى الذين يصعب تشخيص حالاتهم أو السيطرة على مشكلاتهم الإكلينيكية، كما يجب تسجيل ملاحظات تطور الحالة وقت إجراء الملاحظة للسماح باستمرار الرعاية وإمكانية نقل المريض من قسم لآخر. كذلك يجب قدر الإمكان تحديد كل مشكلة من المشكلات التي يعاني منها المريض بوضوح في ملاحظات تقدم الحالة والربط بينها وبين الأوامر الصادرة بشأنها وكذلك نتائج الفحوص والعلاج. من ناحية أخرى، يجب أن تدون ملاحظات شاملة عن تطور الحالة أثناء العملية الجراحية وعقب الانتهاء من الجراحة فورا في السجل الطبي وذلك بغرض توفير معلومات صحيحة لاستخدامها من قبل أي مقدم رعاية يتولى مسؤولية العناية بالمريض بعد ذلك.
10. يجب أن توفر البيانات الخاصة بالاستشارات كدليل على قيام الطبيب الاستشاري بمراجعة السجل الطبي للمريض والنتائج التي توصل لها عند توقيع الكشف الطبي عليه وكذلك رأى الطبيب الاستشاري وتوصياته.
11. يجب إصدار الأوامر التشخيصية والعلاجية لمرضة مؤهلة كما يجب التوقيع على الأوامر خلال 24 ساعة وأن تكون كافة الأوامر تحمل التاريخ والتوقيت والتوقيع.
12. يجب كتابة أو إملاء كافة تقارير العمليات فور انتهاء العملية الجراحية على أن تتضمن:
 - اسم المريض ورقم السجل الطبي
 - تاريخ العملية الجراحية وما إذا كان المريض مقيما بالقسم الداخلي أو مريض عيادة خارجية
 - التشخيص قبل وبعد العملية الجراحية
 - اسم الجراح ومساعدته
 - اسم العملية الجراحية
 - بيان تفصيلي بالنتائج والأساليب المستخدمة أثناء العملية والتخدير والعينات المأخوذة وكمية السوائل المفرزة والمضاعفات ودواعي الجراحة وحالة المريض قبل إجراء العملية.

13. يجب كتابة أو إملاء ملخص الخروج أو الوفاة في كافة السجلات الطبية الخاصة بالمرضى الذين تم إدخالهم للمستشفى فيما عدا حالات الولادة الطبيعية والمواليد حديثي الولادة الطبيعيين والمرضى ذوى الحالات المرضية البسيطة الذين يتم احتجازهم بالمستشفى لمدة تقل عن 48 ساعة.

- يجب تسجيل مذكرة نهائية تلخيصية عن تطور الحالة بالنسبة لفترات الإقامة بالمستشفى والتي تقل عن 48 ساعة والحالات المرضية البسيطة أو الولادات الطبيعية أو الأطفال حديثي الولادة الطبيعيين.

- يجب أن يشمل ملخص الخروج أو الوفاة الخاص بالمرضى: تواريخ الدخول والخروج، الشكوى الرئيسية وتاريخها ونتائج الكشف الطبي والحالة عند الخروج وتعليمات الخروج (من حيث الأدوية المقررة والنظام الغذائي والنشاط البدني والمتابعة) والتشخيصات النهائية والإجراءات المطبقة.

14. يجب استكمال الصحيفة الأمامية بالسجل "Face Sheet" عند خروج المريض من المستشفى، على أن تتضمن التشخيصات والإجراءات الجراحية المتبعة أثناء العملية الجراحية وتوقيع الطبيب الذي صرح بالخروج والتاريخ. ولا يجوز استخدام أية اختصارات في هذه الصحيفة والتي تعادل في أهميتها تصريح الخروج.

15. يجب أن تحمل كافة البيانات الإكلينيكية المدونة في السجل الطبي للمريض التاريخ والتوقيع والوقت كلما كان ذلك متاحاً.

16. يجب أن تكون البيانات المدونة في المستندات، بما في ذلك البيانات الإكلينيكية والتوقعات واضحة ومقروءة وفي حالة تعذر قراءة التوقيع، يكون من المحبذ طباعة الاسم إلى جانب التوقيع.

17. يعتبر التقصير في استيفاء السجل الطبي والتحقق من دقة بياناته خلال 15 يوماً من خروج المريض مخالفة لقواعد ولوائح وأنظمة الهيئة الطبية.

18. تقع مسؤولية استكمال السجل الطبي والتحقق من البيانات على الطبيب المعالج.

19. يجوز تخويل النواب مسؤولية تسجيل التاريخ المرضى وملخص الخروج وإجراء الكشف الطبي تحت إشراف الطبيب المعالج الذي يجب عليه بدوره أن يراجع ويتحقق من المعلومات وفقاً لما يقتضيه الحال.

20. يقوم فني السجلات الطبية بتحديد كافة البيانات الناقصة في السجل الطبي لمساعدة الطبيب المعالج على استكمال السجلات على نحو سليم.

الفصل الثالث:

وظائف قسم السجلات الطبية

أولاً: تسجيل المرضى

مرضى العيادات الخارجية:

السياسة:

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

الإجراءات:

الموظف المسئول: كاتب تسجيل مرضى العيادات الخارجية

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 تلقى 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 (ف-ط-2) / (F-T-2) (انظر فصل المرفقات) وهى 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

- يتم إصدار غلاف ملف مجهز ذو تكويد واضح لوني مع صحيفة علاج مريض عيادة خارجية (NT- 1 / ن ط - 1) (انظر المرفقات).
- يتم كتابة رقم السجل الطبي فى المكان المخصص لذلك على غلاف الملف الطبي.
- يعطى ملف السجل الطبي الجديد للمريض أو للساعى لتسليمه للعيادة التى 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 صحيفة علاج عيادة خارجية (ن ط-1/ 1-N-T) 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 (ف- ط -2) (F-T-2).
- يقوم كاتب التسجيل بعد الانتهاء من التسجيل بتوجيه المريض للعيادة التي سيتم علاجه بها لينتظر حتى تتاديه الممرضة في دوره.
- يقوم الساعي بتسليم كافة السجلات الطبية الخاصة بالمرضى المسجلين للعيادات حسب تعليمات كاتب التسجيل.
- 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 الجارى 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 بصحيفة 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 صحيفة 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 صحيفة 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 معملية 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.
- 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 صحيفة 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 النوبتية 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، فيقوم كاتب السجلات الطبية بإعداد بطاقة استعارة (Sign-out) وتحويل السجل الطبي من العيادة الخارجية إلى القسم الداخلي وتحديث البيانات الخاصة بمكان السجل الطبي.

دورة الفحوص والخدمات العلاجية المكملة لمرضى العيادات الخارجية:-

1. المعمل / 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.
- يقوم المريض بالتوجه لقسم المعمل أو الأشعة حيث يتم إخباره بتكلفة الفحوص المطلوبة، فيقوم بدفع القيمة المستحقة عند شبك أمين خزينة 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 ويقوم بالإصال الدال على الدفع وطلب إجراء الفحوص المعملية أو الأشعة المستكمل بواسطة الطبيب المعالج للمعمل أو لقسم الأشعة حيث يتم تسجيل 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 خزينة العيادات الخارجية لدفع قيمة الرسوم ثم يعود لقسم العلاج الطبيعي ليتلقى العلاج وفقاً للجدول الزمني لزيارات العلاج.
- يعاد المريض لعيادة الإحالة حيث يتم متابعة حالته بواسطة الطبيب المعالج.
- تصبح نسخ سجلات العلاج جزءاً دائماً من السجل الدائم للمريض ويحتفظ القسم بنسخة في ملفات العلاج.

3. الرعاية الطبية الخاصة

- 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 وتصيح كافة نتائج الفحوص والاختبارات جزءاً دائماً من السجل الطبي للمريض.

سجلات العيادة الخارجية

يتم الاحتفاظ بكافة سجلات العيادة الخارجية بالقسم، على أن تحتوى 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:

الإجراءات

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.
6. يجب إجراء تفتيش منتظم للملفات للتعرف على الملفات الخاطئة أو المكررة.
7. يسمح تطبيق النظام الآلى لفهرس المرضى الرئيسى باحتواء الكثير من النقاط عن تسجيل المرضى ومن ثم فإن من الضروري استخدام هذه الإجراءات عند ادخال اسم المريض حتى يتسنى ادخال كافة البيانات على نحو متسق.

خزانات حفظ ملفات الفهرس الأبجدي

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

ثانياً: تجهيز الملفات الطبية الجديدة المرقمة ذات التوكويد اللوني

الموظف المسئول: كاتب السجلات الطبية

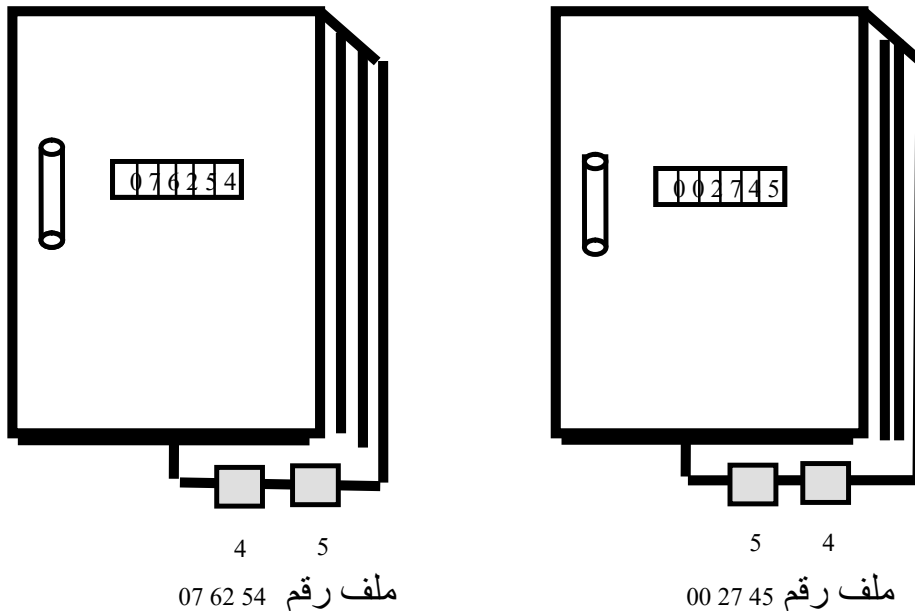
السياسة:

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.

الإجراءات:

1. يقوم كاتب السجلات الطبية باستخدام المواد التالية في تجهيز الحافظات (اكلاسيرات) الخاصة بالملفات الطبية الجديدة:
 - غلاف ملف المريض
 - قلم ذو خط عريض
 - شريط لاصق مرقم ومكود لونياً
 - نموذج صحيفة العلاج بالعيادة الخارجية (ن - ط - 1)
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 صحيفة العلاج بالعيادة الخارجية (ن - ط - 1) بملف السجل الطبي.
4. يقوم كاتب السجلات الطبية باختيار شريط لاصق مرقم ومكود لونياً مكتوب عليه رقمين مناسبين لإعداد المجموعة التالية من السجلات الطبية الجديدة
5. يقوم كاتب السجلات بعد اختيار شريط التوكويد اللوني بتحديد الأرقام الأولية المؤلفة من رقمين في رقم السجل الطبي ثم يختار الشريط المناظر لها، فعلى سبيل المثال إذا كان رقم السجل الطبي - 01 - 12 10 فان الأرقام الأولية تكون 10 والألوان المناظرة هي : 1 = أزرق غامق و0 رمادي.

رسم توضيحي يبين كيفية ترقيم وتلوين الملف



6. يقوم كاتب السجلات الطبية بوضع الشريط المرقم ذي التكويد 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 ليقيم 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 النوبتية بالتعاون مع كاتب تسجيل العيادات الخارجية.
11. يقوم كاتب السجلات الطبية بإجراء تفتيش دوري للسجلات المكودة لونها 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

السياسة:

يجب الاستفادة من الأشكال المستخدمة للنماذج ومشتملات تقارير السجلات الطبية وذلك بهدف سهولة وفعالية الوصول إلى بيانات علاج المريض وبياناته الإدارية. أن شكل السجل الطبي هو تنظيم أو ترتيب لجميع النماذج ومحتوياتها في السجل الطبي الخاص بالمريض.

وهناك ثلاثة أنواع من أشكال (ترتيب) السجل:

- السجل الطبي الموجه حسب المصدر.
- السجل الطبي الموجه حسب المشكلة.
- 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.

المزايا:

- حفظ جميع التقارير والوثائق التي تأتي من نفس المصدر معاً.
- سهولة القراءة ومقارنة البيانات المتشابهة أو المعلومات وذلك لوجود جميع التقارير معاً.

العيوب:

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:

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.

- قاعدة البيانات
- قائمة بالمشكلات
- الخطط المبدئية للعلاج
- ملاحظات عن تقدم حالة المريض.

المزايا:

يعرض الطبيب جميع مشكلات المريض في وثيقة شاملة.

العيوب:

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.

المزايا:

- جمع البيانات التي تتعلق بموضوع واحد.
- جمع ملاحظات تقدم الحالة معاً في سجل منفصل.

العيوب:

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

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

وفيما يلي الشكل المقترح للسجل الطبي الموجه حسب المصدر:

- الصفحة الأمامية.
- H & P التاريخ المرضي 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

السياسة:

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 بالمريض معا وبالتالي الإطلاع عليها معا من خلال ترقيم للوحدة. ويجب أن يتم تزويد غرفة حفظ الملفات بعدد كاف من وحدات الحفظ ذات الأرفف المفتوحة من أجل حفظ السجلات التي يتم إعدادها للمرضى الذين يتلقون العلاج بالمنشأة الصحية.

الإجراءات:

يجب توفير ما لا يقل عن 15 وحدة أرفف في غرفة الحفظ المركزي للملفات، والأبعاد المقترحة لكل وحدة أرفف هي:

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

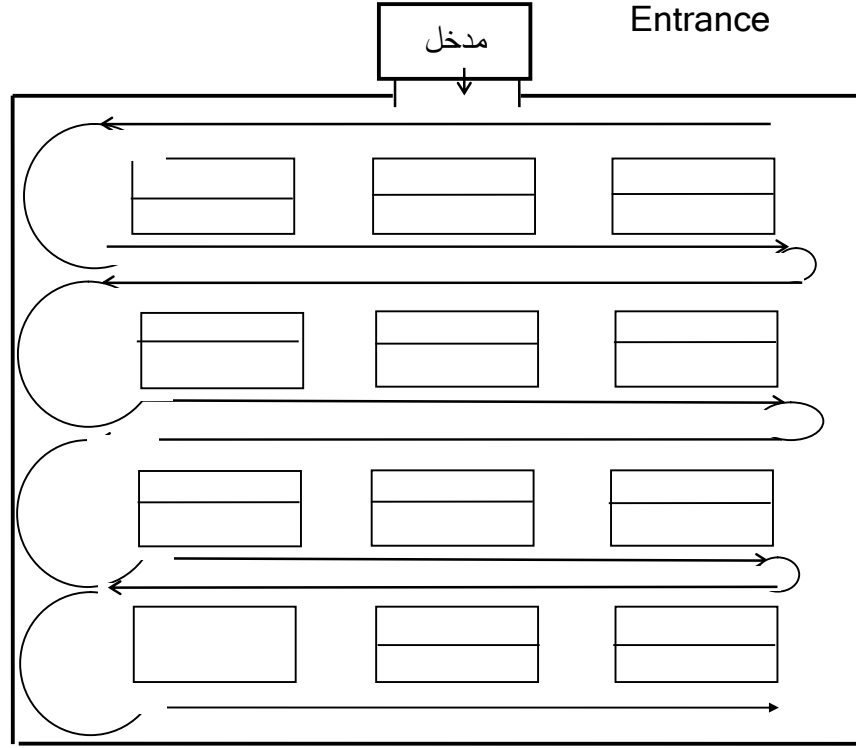
أما الأبعاد الفعلية فيجب أن تكون كالتالي:

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

(الرجاء الرجوع لمجموعة الأشكال التوضيحية المرفقة والخاصة بأبعاد وترتيب وحدات الأرفف المفتوحة).

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 فضلاً عن التحكم فيها.

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



نظام الحفظ وفقا للرقم الطرفي:

السياسة:

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

الإجراءات:

يتكون عادة الرقم الطرفي 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 الطرفي 100 قسم أولي يتراوح بين 00 و99 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 أولى 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

السجلات الطبية - وظائف قسم السجلات الطبية

1. يقوم كاتب السجلات الطبية بحفظ السجلات الطبية الخاصة بالمريض على الرف وفقاً لترتيب الرقم الطرفي بحيث تكون فتحة الملف إلى أعلى وقاعدته إلى أسفل على سطح الرف وبحيث يكون القسم المرقم ذي التكويد اللوني ظاهراً.
2. يتم حفظ ملفات السجلات الطبية يوميا بواسطة كاتب السجلات الطبية المسئول عن ذلك المكان أو القسم، وفي نهاية كل نوبتية يقوم الكاتب بفحص القسم المسئول عنه وإجراء تفتيش سريع عن الملفات الخاطئة مستعينا بالأكواد 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 مسؤولية 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.
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 لقيد 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.
15. يراعى عند إخراج أي سجل من المكان المخصص لحفظ الملفات وضع بطاقة (Sign- Out) استعارة 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 الإطلاع على الملف أو استخدامه في تقديم الرعاية للمريض أثناء فترة العام المذكورة. ويتحدد وضع 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 الكتيبة 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

1. يقوم القسم بإرساء نظام لحفظ السجلات غير النشطة على نحو يتيح الإطلاع عليها بسهولة. ومن المبحد 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 الإطلاع والحصول عليها عن طريق تطبيق نظام مزدوج في غرفة حفظ الملفات ويعنى ذلك خلق نظام حفظ يعتمد على الأرفف المفتوحة و يتم ترتيب الملفات فيه وفقاً للرقم الطرقي، ويسمح ذلك بسهولة الوصول للملفات نظراً لاعتقاد 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:

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 الإطلاع عليها من قبل أي شخص أو استخراج نسخ مطابقة منها.

فيما يلي قائمة بالفترات الزمنية للاحتفاظ بالسجلات:

نوع السجل	الفترة الزمنية للاحتفاظ
إذن دخول وخروج	شهرين
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	دائما
فهرس العمليات	10 سنوات
سجل المواليد	دائما
سجل الوفيات	دائما
سجل مرضى الطوارئ	دائما
سجل الإجراءات (العمليات) الجراحية	دائما
سجل الدخول	دائما

سادساً: مكتب الدخول والخروج

الإجراءات:

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.
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 (ن ط 30) 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 تاريخه 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 (F-T-1، ف- ط -1) بالنسبة للمرضى الجدد وإعطاء المريض بطاقة متابعة مشتملة على اسمه ورقم السجل الطبي الخاص به.
15. يتم إعداد قائمة تعداد الدخول اليومي لمكتب الإحصاء.

حالات الخروج

هى حالات:

- 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 ضد 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 المسؤولة 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 المسؤولة 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. أخطارات الخروج المكتوبة:

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

سابعاً: تكويد وفهرسة الأمراض والإجراءات

السياسة:

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:

1. يقوم موظف السجلات الطبية باستلام كافة سجلات حالات الخروج من فني السجلات الطبية المسئول 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 أكود 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 الاكود الخاصة بمرض الكوليرا على حين أن الرقم 002 يمثل مرضى التيفود أو حمى الباريتيفويد. وحيث أن معظم الفئات ثلاثية الأرقام مقسمة إلى فئات فرعية ذات أربعة أرقام عن طريق إضافة رقم عشري واحد فإن إضافة رقم رابع هو الصفر (0) إلى كود الكوليرا (001) سوف يظهر الكوليرا الناجمة عن الإصابة بـ Vibro Cholera تحت كود رقم 001.0 .
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 التخرى، والرقمين الرابع والخامس يقدمان مزيداً من المعلومات عن أسباب الأمراض وأماكن الإصابة بها وأعراضها والمضاعفات الناجمة عنها، ولذلك فإن من الواجب استخدام الكود ذي العدد الأكبر من الأرقام".
6. توجد مجموعة من أكود الفئات الفرعية المعنونة باسم "أخرى" و "غير محددة" ، وقد تم إدراج هذه الاكود لتصنيف الحالات التي ليس لها عنوان مستقل في الفئات الفرعية. ويمثل الرقم 8. "الاكود الأخرى" بينما يشير الرقم 9. إلى الاكود "غير المحددة" ولكن كقاعدة عامة يجب دائماً استخدام الكود الأكثر تحديداً قدر المستطاع.
7. توجد مجموعة من الأكود المستخدمة "لظروف خلاف المرض أو الإصابة المصنفة في الجزء الرئيسي من القائمة المجدولة". ويشار لتلك الاكود على أنها "تصنيف العوامل المؤثرة على الوضع الصحي والاتصال بالخدمة الصحية" - وهي تنقسم إلى ثلاثة فئات كما يلي:
 - أكود تستخدم عند استعمال الشخص للخدمات الصحية رغم عدم كونه مريضاً مثل المتبرع بأحد أعضاء جسمه.

السجلات الطبية - وظائف قسم السجلات الطبية

- 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: الكود V 70.0 يشير إلى شخص تم إخضاعه لكشف طبي روتيني في منشأة للرعاية الصحية، على حين أن الكود 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 - مثال: الكود E 923.0 يمثل حادث ناجم عن الألعاب النارية في حين أن الكود E 930.0 يمثل رد الفعل السلبي لاستخدام مادة البنسلين في العلاج.

1. يجب على مكود السجلات الطبية عند إجراء التأكيد مراجعة السجل الطبي كله لتحديد التشخيص الرئيسي والذي قد يختلف عن التشخيص 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 الأول هو السبب الجذري في حدوث الإصابة بالمرض أو الوفاة.

2. يتم تصنيف الإجراءات حسب ICD-9-CM باستخدام الأكواد 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 واح

13.72 تركيب ثانوي لعدسات صناعية بالعين

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

4. يتم إدخال الأكواد التشخيصية والإجرائية بعد انتهاء المكود من استكمال إجراءات التأكيد، 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 التأكيد بكل دقة

ثامناً: قسم الإحصاء

السياسة:

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:

1. يتم جمع كافة التقارير المتصلة بأنشطة علاج مرضى القسم الداخلي والعيادات الخارجية ومرضى قسم الطوارئ الجارى 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 تقارير إحصائية شهرية وربيع 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.
9. يتم إعداد وتقديم نسخة من كافة التقارير الإحصائية الشهرية وربيع 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 الإطلاع 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.
 - يجب استبعاد التشخيص المتصل بفترة العلاج السابقة عديمة الصلة بفترة الإقامة الحالية بالمستشفى.
 10. الإجراءات والتواريخ - يجب إعداد تقاريرها عن كافة الإجراءات الهامة.
 11. الإجراءات الهامة:
 - يقصد بالإجراءات الهامة الآتى:
 - الإجراءات الجراحي - أو
 - الإجراء الذي ينطوي على مخاطرة - أو
 - الإجراء الذي ينطوي على مخاطرة تخريرية - 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
- 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

السياسة

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.

الإجراءات

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 مريض 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 والصحيفة الأمامية Front sheet والتقرير الخاص بالعملية الجراحية ويجب أن يراعى عند بيان الإجراءات أن يكون ذلك وفقاً لتسلسل حدوثها بحيث يتم البدء بالإجراء الرئيسي أولاً، ويقصد بالإجراء الرئيسي الإجراء الأكثر ارتباطاً 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 بتقديم 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 والامتنال 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 ونثبيتها في مقدمة السجل الطبي.

القسم الخاص بملفات الأطباء غير المكتملة

السياسة:

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

1. يقوم فني السجلات الطبية باستلام كافة السجلات الطبية غير المكتملة والتي سبق تحليلها ومطابقة دقة السجلات بنموذج الملفات غير المكتملة الخاص بالقسم (انظر فصل المرفقات).
2. يتم قيد السجلات غير المكتملة في ملف السجلات غير المكتملة الخاص بالأطباء (انظر المرفقات) 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 الطرفي المشار اليه سابقا.

4. يتم إعداد قائمة أسبوعية بالسجلات غير المكتملة (انظر المرفقات) 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 فوراً من قبل فني السجلات الطبية فإذا ظل السجل ناقصاً وجب إعادته لقسم السجلات غير المكتملة للحفظ، أما إذا تم استيفاء كافة النواقص يتم حفظ السجل كاملاً.
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 نوبتية والإطلاع على ملفات الأطباء غير المكتملة (كارديكس) ونزع بطاقة الطبيب المعنى ووضع خط عريض مزدوج فوق اسم المريض للدلالة على قيام الطبيب باستكمال البيانات الناقصة وإن 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 الفنى قبل حفظ السجلات على اعتبار أنها كاملة، بمراجعة الصحيفة الأمامية بالسجل لتحديد السجلات غير المكودة ومن ثم إرسالها إلى قسم التكويد لتكويدها.

فهرس الأطباء

السياسة

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 يدويا أو آلياً (بالحاسوب)، وتحتوى الإدخالات في هذا الفهرس على المعلومات الآتية:

- اسم الطبيب
- الرقم الكودي للطبيب
- الخدمة التي يقوم بها الطبيب
- اسم المريض
- رقم السجل الطبي
- خدمة المستشفى
- مدة الإقامة
- مصاريف المستشفى
- تكلفة المستشفى
- التشخيص
- الإجراءات
- تاريخ الدخول
- 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 للحفظ فعادة تحفظ في كروت أبجدية باسم الطبيب أو بالرقم الكودي 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.

1. الأقسام الداخلية والعيادات الخارجية

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

2. قسم الطوارئ

- التعداد اليومي والتقارير الإحصائية
- استعارة الملف الطبي

3. قسم العمليات

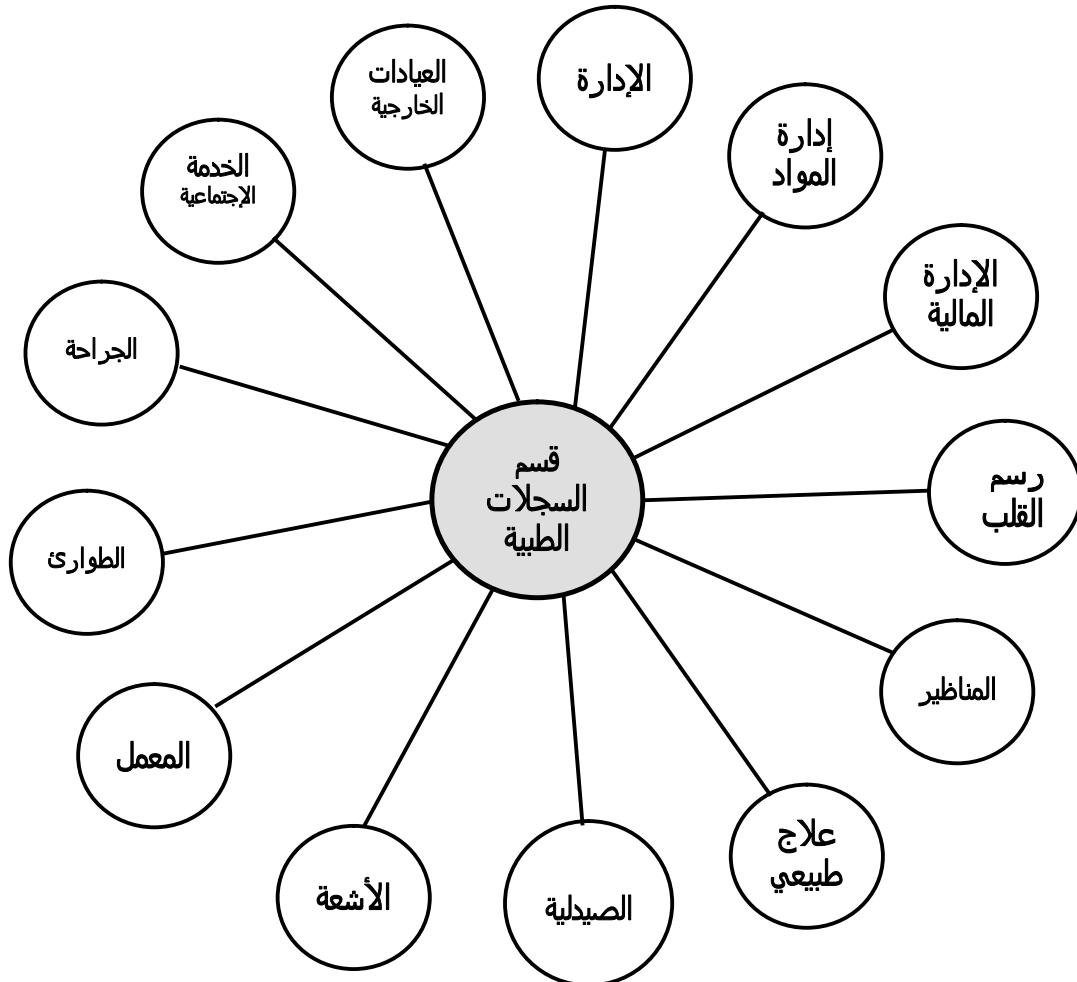
- القيام باستكمال تقرير العمليات التخدير/الولادة
- إعداد الملفات الطبية للأبحاث
- عمل إحصائيات العمليات

4. الخدمة الطبية المساعدة (المعمل - الأشعة - الصيدلية):

- إرسال صورة من النتائج أو الوصفة الطبية لرافقها 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

رسم توضيحي يبين علاقة قسم السجلات الطبية مع الأقسام الأخرى



إفشاء المعلومات

السياسة:

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:

يجب أن يعي العاملون في قسم السجلات الطبية أن المعلومات المحفوظة لديهم هي معلومات خاصة بمريض، فذلك 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. 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 أن 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 أن 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.
 - 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 و يمكن قبول الطلبات الشفهية.
 - يمكن قبول الطلبات المرسله 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
 - منشأة الرعاية الصحية الأخرى التي ستقوم بعلاج المريض.
 - للاستخدام في بحث معتمد
10. الموظفون المسموح لهم بالإطلاع: 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.

الفصل الرابع:

التعريفات والمسميات والمؤشرات الإحصائية المستخدمة في المستشفيات

التعريفات والمسميات:

مريض المستشفى:

هو الشخص الذي يتلقى بالمستشفى خدمات طبية تكون المستشفى مسئولة عنها.

1. إيداع المريض الداخلي بالمستشفى للعلاج:

هي الفترة من عمر الشخص التي يمضيها كمرضى داخلي في مستشفى واحدة دون انقطاع باستثناء فترات الغياب المحتملة.

2. دخول المريض الداخلي:

قبول المستشفى الرسمي لمرضى يتم توفير سرير وإعاشة وخدمة تمريضية متواصلة له في أحد أقسام المستشفى التي يقيم بها المرضى لليلة واحدة على الأقل.

3. خروج المريض الداخلي:

إنهاء فترة إيداع المريض الداخلي بالمستشفى بموجب تصريح رسمي بالخروج صادر من المستشفى بموجب أمر من الطبيب أو ضد النصيحة الطبية أو بالوفاة، وتشمل حالات الخروج الوفيات ما لم يتم النص على خلاف ذلك.

4. المريض الخارجي:

هو المريض الذي يتلقى الرعاية الصحية دون إدخاله بالقسم الداخلي بالمستشفى ويشمل مريض العيادة الخارجية أو الاستقبال.

المستشفى:

هي مؤسسة ذات هيئة طبية منظمة ومزودة بتجهيزات دائمة مثل أسرة المرضى الداخليين وكذلك بخدمات طبية تشمل خدمات تمريضية مستمرة توفر التشخيص والعلاج للمرضى.

1. المستشفى التخصصي:

هي المستشفى التي تقدم خدمات طبية وتمريضية في فرع أو تخصص طبي واحد - مثل مستشفى الرمد، الأطفال، الأمراض النفسية... الخ.

2. سرير المستشفى:

يقصد بسرير المستشفى السرير المتاح بالمنشأة الصحية لدخول المريض الداخلي لفترة 24 ساعة أو أكثر والمزود بخدمات طبية وتمريضية في أحد أقسام المستشفى.

3. يمكن تصنيف أسرة المستشفى العام وفقاً لمختلف فروع الطب -

مثال: الباطنة، النساء، الولادة، طب الأطفال... الخ.

4. كذلك يمكن تصنيفهم حسب الفئة المالية أو درجة الإقامة - مثال: أسرة الدرجة الأولى والثانية والثالثة.
5. الأسرة التي تشملها إحصائيات أسرة المستشفى هي الأسرة الموجودة بالأقسام الداخلية بالمستشفى والتي يمكن أن يشغلها المرضى لأكثر من 24 ساعة، ويمثل العدد الإجمالي لهذه الأسرة القوة الاستيعابية للمستشفى.
6. أسرة مرضى العيادات الخارجية والطوارئ توجد بالمستشفى أسرة أخرى لا يتم احتسابها ضمن أسرة القسم الداخلي أو الاشغال الإجمالي لأسرة المستشفى وإن كانت تستخدم في تقديم الرعاية الصحية في جميع أنحاء المستشفى ويشمل هذا النوع الأسرة الموجودة في قسم الطوارئ، والأسرة الموجودة في غرف الكشف الطبي وقسم بنك الدم وتحليل الدم وقسم الأشعة وأسرة غرفة الأفاقة من التخدير وغيرها من الأسرة المستخدمة في تقديم الرعاية المتخصصة.

أيام المريض -

المقاييس والمؤشرات:-

تعداد مرضى القسم الداخلي:

هو عدد مرضى القسم الداخلي الموجودين بالمستشفى في فترة معينة.

1. التعداد اليومي لمرضى القسم الداخلي: هو عدد مرضى القسم الداخلي الموجودين وقت أخذ التعداد كل يوم بالإضافة لأي مرضى يتم دخولهم بعد اخذ التعداد في اليوم السابق.
2. يوم خدمة المريض الداخلي: هو مقياس يشير إلى الخدمات المقدمة للمريض واحد خلال فترة 24 ساعة واحدة.
3. إجمالي أيام خدمة المريض الداخلي: هو مجموع أيام خدمة المريض الداخلي خلال فترة إقامته بالمستشفى.
4. متوسط التعداد اليومي لمرضى القسم الداخلي: هو متوسط عدد مرضى القسم الداخلي الموجودين في اليوم خلال فترة زمنية معينة.
5. فترة الإقامة (بالنسبة لمريض واحد): هو عدد أيام التقويم الواقعة بين تاريخي الدخول والخروج.
6. إجمالي فترة الإقامة (بالنسبة لكافة مرضى القسم الداخلي): هو مجموع أيام إقامة أية مجموعة من مرضى القسم الداخلي الذين يتم خروجهم من المستشفى خلال فترة زمنية محددة.
7. متوسط فترة الإقامة بالمستشفى: هو متوسط فترة إقامة مرضى القسم الداخلي الذين يتم خروجهم خلال الفترة موضوع الدراسة.

8. إحصاء أسرة مرضى القسم الداخلي:
هو العدد المتاح من أسرة المستشفى المشغولة والشاغرة في يوم ما.
9. يوم إحصاء أسرة مرضى القسم الداخلي:
هو وحدة قياس دالة على وجود سرير مريض داخلي - سواء أكان مشغولاً أو شاغراً - مزود بخدمة طبية وتمريضية ومجهزاً للاستخدام لفترة 24 ساعة (سرير/يوم).
10. أيام إحصاء أسرة مرضى القسم الداخلي (الإجمالي):
هو مجموع أيام إحصاء أسرة مرضى القسم الداخلي في الفترة موضوع الدراسة = عدد الأسرة × عدد الأيام.
11. معدل اشغال أسرة مرضى القسم الداخلي:
ويقصد بها النسبة بين أيام خدمة مرضى القسم الداخلي إلى أيام إحصاء أسرة مرضى القسم الداخلي خلال الفترة موضع الدراسة.
12. معدل دوران الأسرة:
هو متوسط عدد مرات تغير شغل السرير خلال فترة زمنية معينة.
13. معدل وفيات المستشفى:
هو نسبة مرضى القسم الداخلي الذين تنتهي فترة إقامتهم بالمستشفى بالوفاة وعادة ما يتم التعبير عن هذا المعدل في صورة نسبة مئوية.
14. معدل وفيات الأطفال الرضع:
هو عدد وفيات الأطفال الرضع (الذين يقل عمرهم عن عام واحد) لكل 1000 مولود حي خلال فترة زمنية معينة.
15. معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة:
هو عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة (أي الذين يقل عمرهم عن 28 يوماً) لكل 100 مولود حي.

مرضى الولادة والأطفال المرضى حديثي الولادة

1. الطفل المريض الداخلي حديث الولادة الحي عند الولادة:
تشمل هذه الفئة الأطفال المرضى المولودين في المستشفى فقط، أما الأطفال المولودين خارجها فلا يعتبرون مرضى قسم داخلي حديثي الولادة ولكن مرضى قسم داخلي فقط (أطفال) ويصنفون على هذا الأساس.
2. حالات الولادة:
وتشمل هذه الفئة كافة المريضات اللاتي يعانين من أمراض أو حالات متصلة بالحمل أو المخاض (الولادة أو النفاس) سواء أكانت طبيعية أو مرضية.
ويبدأ الحمل بحدوث الإخصاب وتكوين الجنين وتنتهي فترة النفاس بعد حدوث الولادة بستة أسابيع، ويمكن تقسيم مرضى الولادة إلى أربع فئات على النحو التالي:

- **المريضات اللاتي يتم توليدهن في المستشفى:**
وتشمل هذه الفئة الأمهات اللاتي يتم إنهاء حملهن في المستشفى بغض النظر عن ولادة الطفل حيا أو ميتا.
- **المريضات اللاتي يدخلن المستشفى بعد الولادة:**
وتشمل هذه الفئة الأمهات اللاتي يتم إنهاء حملهن قبل الوصول للمستشفى بغض النظر عن ولادة الطفل حيا أو ميتا ويشمل مرضى هذه الفئة النساء اللاتي يلدن خارج المستشفى ثم يحضرن لها أثناء فترة النفاس والمريضات اللاتي مازلن يحتفظن بالمشيمة، واللاتي يعانين من نزيف ما بعد الولادة وما إلى ذلك من الحالات المتصلة بالنفاس عقب الولادة فورا.
- **حالات الإجهاض:**
وتشمل هذه الفئة الأمهات اللاتي يتم إنهاء حملهن قبل اكتمال الفترة اللازمة لولادة الطفل حي (قبل 24 أسبوع رحمى).
- **حالات عدم الولادة:**
وتشمل النساء الحوامل اللاتي يدخلن المستشفى ولكن لا يلدن طفلا حيا أو ميتا بالمستشفى والمريضات اللاتي يندرجن ضمن هذه الفئة يكن معرضات للإصابة بالإجهاض المندرج ولكن دون حدوثه فعلا أو يعانين من أعراض مخاض كاذبة.
- **وفاة الجنين:**
هى حدوث الوفاة قبل اكتمال عملية طرد أو استخراج نتاج الحمل من بطن الأم بعد مضي 24 أسبوع رحمى.
- **وفيات حول الولادة:**
وهى أعداد وفيات الأجنة بعد 28 أسبوع من الحمل بالإضافة إلى وفيات الأطفال الرضع أقل من أسبوع.
- **المولود الميت:**
هى حدوث الوفاة بعد مضي 24 أسبوع رحمى ويدل على حدوث الوفاة عدم تنفس الطفل أو عدم ظهور أية علامة أخرى من علامات الحياة مثل دقات القلب أو نبض الحبل السرى أو حركة مؤكدة للعضلات الإرادية وذلك بعد الانفصال.
- **مدة الحمل:**
تقاس مدة الحمل اعتبارا من اليوم الأول لآخر فترة طمث طبيعية ويعبر عنها بالأيام أو الأسابيع الكاملة فمثلا الأحداث التي تقع بعد مرور (280 إلى 286 يوما) من بداية آخر فترة طمث طبيعية تعتبر أنها وقعت بعد 40 أسبوع من الحمل.
- **ولادة مبكرة:**
وتعتبر مدة الحمل أقل من 27 أسبوعا كاملا (أقل من 189 يوما) مدة حمل غير كاملة.
- **مدة حمل كاملة:**
مدة الحمل من 27 أسبوعا حتى أقل من 42 أسبوعا كاملا (259 - 293 يوما).
- **مدة حمل بعد الكاملة:**
ومدة الحمل 42 أسبوعا كاملا فأكثر (294 يوما فأكثر).
- **الوزن عند الولادة:**
هو أول وزن يسجل للوليد بعد ولادته ويفضل أن يسجل هذا الوزن خلال أولى ساعات الولادة وقبل حدوث أي انخفاض ملموس في الوزن بعد الولادة.
- **المبتسرين:**
نقص الوزن عند الولادة: المواليد الذين يقل وزنهم عند الولادة عن 2500 جم أي (حتى 2499 جم).

شهادة الوفاة الطبية: ويوضح بها

1. السبب الأساسي (الأصلي) للوفاة
 - الحالة المرضية أو الإصابة التي بدأت بها سلسلة الأحداث التي أدت مباشرة إلى الوفاة.
 - أو ظروف (طبيعة) الحادث أو العنف الذي نجمت عنه الإصابة المؤدية للوفاة.
2. أسباب الوفاة الأخرى: أسباب الوفاة التي تذكر في شهادة الوفاة الطبية هي جميع الأمراض أو الحالات المرضية أو الإصابات التي أدت إلى الوفاة أو أسهمت في حدوثها وظروف وطبيعة الحادث أو العنف الذي نجمت عنه تلك الإصابات.

المؤشرات الإحصائية الحيوية:

1. معدل المواليد الخام (العام):
هو عدد المواليد الأحياء في السنة لمجتمع ما لكل ألف من السكان في منتصف السنة لنفس المجتمع.

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء في سنة ما لمجتمع ما}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة لنفس المجتمع}} \times 1000$$

2. معدل الوفيات الخام (العام):
هو عدد الوفيات من جميع الأعمار في مجتمع ما لسنة ما إلى عدد السكان في منتصف السنة لنفس المجتمع.

$$\text{معدل الوفيات الخام (العام)} = \frac{\text{عدد الوفيات في مجتمع ما لسنة ما}}{\text{عدد السكان لنفس المجتمع في منتصف السنة}} \times 1000$$

3. معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات:
عدد وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في مجتمع ما لسنة ما إلى إجمالي عدد الأطفال أقل من 5 سنوات لنفس المجتمع في منتصف السنة

$$\text{معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات} = \frac{\text{عدد وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في مجتمع ما لسنة ما}}{\text{عدد الأطفال أقل من 5 سنوات لنفس المجتمع في منتصف السنة}} \times 1000$$

4. معدل المواليد الموتى:
عدد المواليد الموتى في مجتمع ما لسنة ما إلى إجمالي عدد المواليد أحياء لنفس المجتمع في نفس السنة (سبق تعريف المولود الميت)

$$\text{معدل المواليد الموتى} = \frac{\text{عدد المواليد الموتى في مجتمع ما لسنة ما}}{\text{عدد المواليد أحياء لنفس المجتمع في نفس السنة}} \times 1000$$

5. معدلات الوفاة السببية:
عدد الوفيات بسبب أو بمرض معين لكل 100.000 من السكان
معدل الوفاة بسبب أو بمرض معين =
$$\frac{\text{عدد الوفيات بسبب أو بمرض معين في مجتمع ما لسنة ما}}{\text{عدد السكان لنفس المجتمع في منتصف السنة}} \times 100.000$$

6. معدل وفيات الأمومة:

عدد وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة والنفاس بالنسبة إلى عدد المواليد أحياء.

معدل وفيات الأمومة =

$$\frac{\text{عدد وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة والنفاس لمجتمع ما في سنة ما}}{\text{عدد المواليد أحياء لنفس المجتمع وفي نفس السنة}} \times 100000$$

7. معدل حدوث المرض (الإصابة):

عدد الحالات الجديدة لمرض معين لكل 10000 من السكان المعرضين للإصابة بنفس المرض.

معدل حدوث الإصابة =

$$\frac{\text{عدد الحالات الجديدة لمرض معين خلال سنة ما}}{\text{عدد السكان المعرضين للإصابة بنفس المرض في نفس السنة}} \times 10000$$

8. معدل انتشار المرض:

عدد الحالات المصابة بالمرض (جديدة ومزمنة) لكل 10000 من السكان المعرضين للإصابة بنفس المرض.

$$\text{معدل انتشار المرض} = \frac{\text{عدد الحالات المصابة بالمرض (جديدة ومزمنة) في تاريخ ما}}{\text{عدد السكان المعرضين للإصابة بنفس المرض في نفس التاريخ}} \times 10000$$

إحصاءات الخدمة:

1. معدل شغل الأسرة السنوي:

مجموع تعدادات مرضى القسم الداخلي اليومية بالمستشفى في سنة ما إلى عدد الأسرة طوال العام (عدد الأسرة x 365 يوم)

$$\text{معدل شغل الأسرة} = \frac{\text{مجموع تعدادات القسم الداخلي اليومية بالمستشفى في سنة ما}}{\text{عدد الأسرة} \times 365 \text{ يوم}} \times 100$$

2. معدل فراغ الأسرة:

$$\text{معدل فراغ الأسرة} = 100 - \text{معدل شغل الأسرة}$$

3. معدل دوران السرير:

عدد مرضى خروج القسم الداخلي إلى عدد الأسرة

4. معدل دوران السرير

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد مرضى خروج القسم الداخلي (خروج)}}{\text{عدد الأسرة}}$$

5. معدل وفيات المستشفى الإجمالي:

جملة عدد الوفيات بالمستشفى خلال فترة معينة لكل 100 من حالات الخروج بما فيها الوفيات خلال نفس الفترة.

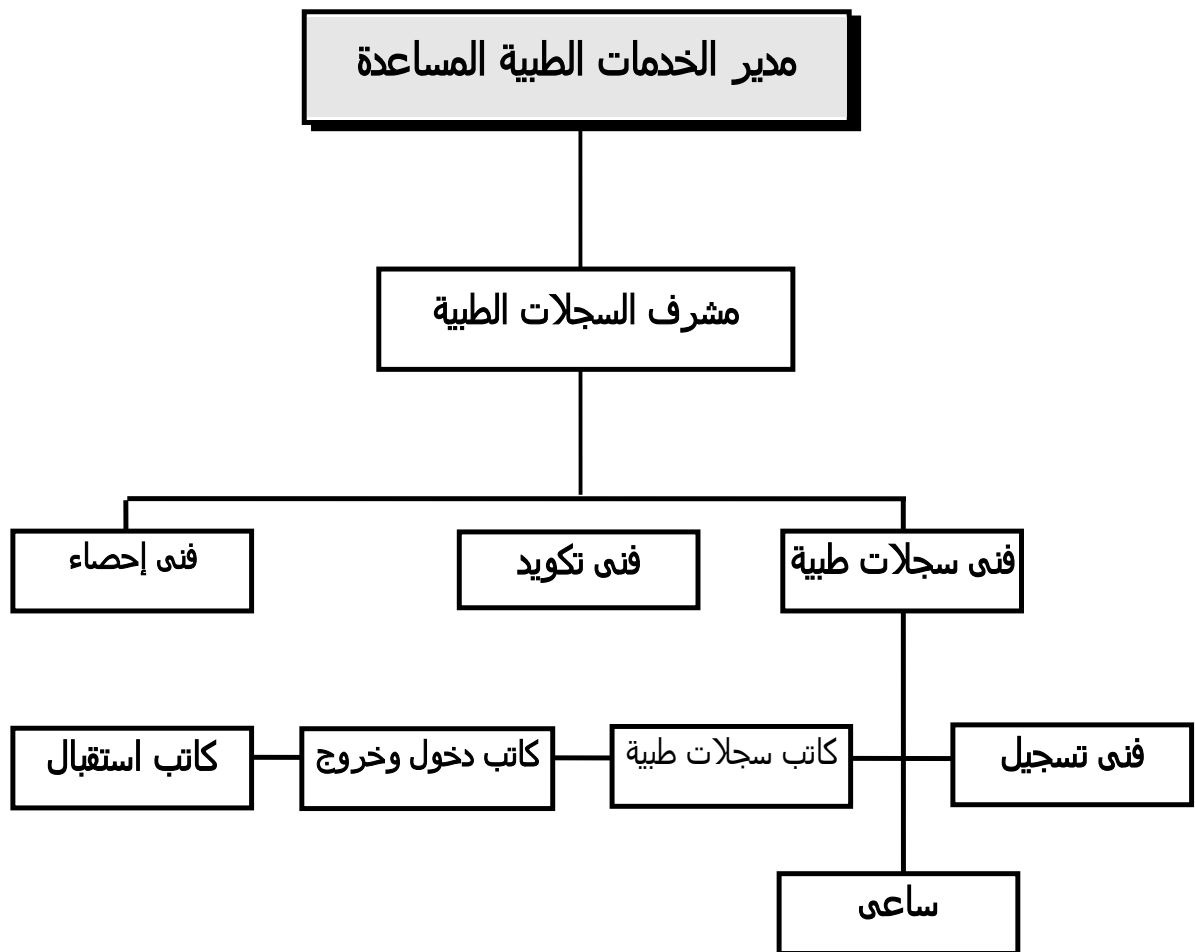
معدل وفيات المستشفى الإجمالي =

$$100 \times \frac{\text{عدد الوفيات بالمستشفى خلال فترة معينة}}{\text{إجمالي حالات الخروج بما فيها الوفيات خلال نفس الفترة}}$$

4. **معدل وفيات المستشفى الصافي:**
عدد الوفيات التي حدثت بعد مرور 48 ساعة فأكثر من دخول المريض لكل 100 من عدد حالات الخروج بما فيها الوفيات.
5. **معدل إجراء العمليات القيصرية:**
عدد العمليات القيصرية التي أجريت خلال فترة ما لكل 1000 ولادة من عدد الولادات التي تمت خلال نفس الفترة.
6. **معدل العمليات غير الضرورية:**
عدد العمليات التي شخّصت وبعد الفتح لم يثبت التشخيص إلى إجمالي العمليات.
7. **معدل الإصابة بالتهابات بعد العملية:**
عدد العمليات التي ينتج عنها التهابات في مكان الجراحة أو له علاقة بالجراحة خلال فترة معينة إلى إجمالي العمليات التي أجريت خلال نفس الفترة.
8. **معدل الوفيات بعد العملية:**
عدد الوفيات بعد العملية وفي خلال 10 أيام لكل 1000 من إجمالي مرضى العمليات.
9. **معدل الوفيات بسبب التخدير:**
عدد الوفيات بسبب التخدير خلال فترة معينة إلى جملة المرضى الذين تم تخديرهم في نفس الفترة.
10. **متوسط إجراء الفحوص (الأبحاث المعملية):**
عدد الفحوص (الأبحاث) لكل زيارة بالعيادة الخارجية ولكل حالة دخول مستشفى موزعة على التخصصات المختلفة.
11. **النسبة المئوية للفحوص (الأبحاث) الإيجابية:**
عدد الفحوص (الأبحاث) الإيجابية إلى العدد الإجمالي للفحوص (الأبحاث) التي أجريت خلال فترة معينة وتحسب لكل فحص على حدة.
12. **متوسط إجراء فحوص الأشعة:**
عدد فحوص الأشعة التي أجريت لكل زيارة بالعيادة الخارجية ولكل حالة دخول مستشفى موزعة على التخصصات المختلفة.
13. **متوسط العرض اليومي للطبيب:**
عدد زيارات المرضى بالعيادات لكل طبيب موزعة على أيام العمل الفعلية ويحسب لكل تخصص على حدة أو لكل فترة.

الهيكل التنظيمي والوصف الوظيفي للعاملين
بقسم السجلات الطبية

الهيكل التنظيمي لقسم السجلات الطبية



نمط التوظيف

السياسة:

يجب أن يقوم القسم بالمحافظة على مستوى كاف من الكفاءة والتدريب للعاملين به وذلك لضمان جدية وفعالية العمل والمهام المسندة إليهم وعلى شئون الأفراد تحديد نمط التوظيف واعتماده من الإدارة ويحدد مستوى التوظيف طبقاً لنوع المنشأة وعدد المرضى الذين تستوعبهم وعدد أفراد الهيئة الطبية وساعات التشغيل.

الإجراءات:

تتم إدارة القسم بواسطة مشرف تحت رئاسة مساعد مدير الخدمات الطبية ويحتوى التوصيف الوظيفي لهذا المشرف على المهام والأعمال التي يجب أن يقوم بها والتي سيأتي ذكرها فيما بعد، ويجب أن تتوافر للقسم الوظائف الآتية:-

1. مشرف السجلات الطبية:

يكون مسئولاً عن التوجيه والتحكم فيما يخص قسم السجلات الطبية وبما يؤدي إلى تحقيق وظائف القسم من إنشاء الملفات الطبية واستكمالها وترقيمها وتحليلها والتخزين والحفظ والاسترجاع وصيانة المعلومات وتسجيل المرضى والدخول والخروج.

2. فني التكويد:

يقوم بوضع العلامات المميزة للتشخيص والإجراءات الطبية بملفات المرضى (بالعيادة الخارجية والأقسام الداخلية) وذلك باتباع أسلوب التكويد وأعداد التقارير الأخرى التي تتطلبها حاجة العمل.

3. فني السجلات الطبية:

يقوم بعمل سجلات طبية لمرضى القسم الداخلي والعيادات الخارجية والطوارئ بما يشمل ذلك من ترتيب السجل الطبي وتحليله واستكمال وحفظه.

4. فني الإحصاء:

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

5. كاتب سجلات طبية:

يقوم بإنشاء وتسجيل واستخراج وتوزيع وحفظ الملفات الطبية وغيرها من المستندات والمكاتبات في قسم السجلات الطبية.

6. كاتب تسجيل قسم الطوارئ:

يقوم بتسجيل المرضى في سجل قسم الطوارئ بالإضافة إلى توجيه المرضى إلى العيادات المتخصصة.

7. كاتب استقبال:

يقوم بالترحيب بالمرضى وتوجيههم إلى العيادات المتخصصة.

8. كاتب دخول وخروج:

يقوم بمقابلة المرضى وتوجيههم وفقاً للإجراءات الموضوعة ويقوم أيضاً بالأعمال الكتابية المختلفة في حدود متطلبات وظيفته.

9. ساعي سجلات طبية:

يقوم بتوزيع واسترجاع الملفات والتقارير الطبية كالأشعات والتحليل وغيرها من قسم السجلات الطبية وأقسام المستشفى الأخرى وذلك في إطار اللوائح والإجراءات المتبعة.

- مشرف السجلات الطبية
- فني تكويد
- فني سجلات طبية
- فني إحصاء
- كاتب سجلات طبية
- كاتب تسجيل
- كاتب استقبال
- كاتب دخول وخروج المرضى
- ساعي سجلات طبية

1: بطاقة توصيف وظيفي: مشرف السجلات الطبية

1. اسم الوظيفة:

مشرف السجلات الطبية

2. القسم:

السجلات الطبية

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف: مساعد مدير المستشفى أو رئيس الخدمات الطبية المساعدة.
- يشرف على: جميع العاملين بالسجلات الطبية.
- علاقات العمل: المرضى وهيئة الأطباء والتمريض

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

إدارة وتوجيه جميع أنشطة قسم السجلات الطبية وتنفيذ اختصاصاتها المتمثلة في إنشاء الملفات الطبية وفهرستها واستخراج البيانات منها وتكويدها وتحريكها وتسجيل المرضى والخروج.

5. المهام والمسؤوليات:

- وضع غايات القسم وأهدافه واعداد وتطبيق اللوائح والإجراءات، وبرامج مراقبة الجودة ومسؤوليات السلامة والبيئة ومعايير مكافحة العدوى.
- إعداد الميزانية اللازمة لتشغيل القسم على أن تتضمن الإيرادات والمصروفات الجارية والتوصية باعتمادها والتأكد من أن القسم يعمل في حدود هذه الميزانية.
- اختيار وتدريب العاملين بالسجلات الطبية ووضع معدلات للأداء الوظيفي والقيام بتقييم وكتابة التوصيات عن أداء الأفراد.
- الإشراف على الأنشطة التي يقوم بها العاملون بالسجلات الطبية والتنسيق فيما بينهم وذلك عند قيامهم بفتح وتحليل وتصنيف وتكويد وفهرسة وحفظ وصيانة الملفات الطبية الخاصة بالمرضى وتسجيل المرضى والخروج مع الأخذ في الاعتبار ضمان جودة العمل وعليه يجب اتباع تعليمات لجنة مكافحة ضمان الجودة بالمستشفى

السجلات الطبية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفي لقسم السجلات الطبية

- الإشراف على إعداد وتحضير التقارير الدورية المتعلقة بالسجلات الطبية وعرضها على إدارة المستشفى بناء على طلبها.
- متابعة وتطوير نظام السجلات الطبية لمقابلة احتياجات المرضى والمستشفى.
- إعداد الإجراءات التي تؤكد ضمان استكمال دورة الملفات والتقارير ومتابعة تنفيذها بالتعاون مع الأقسام الأخرى.
- التأكد من تنفيذ اللوائح والإجراءات الصادرة من المستشفى بشأن الحفاظ على الملفات والسجلات الطبية ومستويات الجودة.
- التأكد من أن جميع العاملين بالسجلات الطبية يلتزمون بالإجراءات المتعلقة بسرية بيانات المرضى والخطوات الرسمية لاستخراج هذه البيانات.
- المشاركة في لجنة السجلات الطبية وغيرها من اللجان التي لها علاقة بالسجلات الطبية ويتم ذلك بالتعاون مع إدارة المستشفى.
- التأكد من توافر البيانات والمعلومات بالملفات والسجلات الطبية للإطلاع عليها وتقييم مدى الاستفادة من الخدمة الصحية وفعاليتها.
- إخطار الأطباء عن أي نقص في استكمال البيانات والمعلومات الواردة في الملفات والسجلات الطبية وإخطار مدير المستشفى لوقف الامتيازات إذا تطلب الأمر ذلك.
- التأكد من أن جميع العاملين بالسجلات الطبية قد تفهموا استعمال الكمبيوتر بطريقة صحيحة ويفضل الذين لهم معرفة سابقة بنظام التكويد (ICD- 10).
- التأكد من أن جميع العاملين بالسجلات الطبية قد تم تقييمهم من حيث التوصيف الوظيفي واتباع إرشادات المستشفى.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- بكالوريوس تجارة ويفضل الحاصل على دبلوم السجلات الطبية والإحصاء. أو
- مؤهل فوق المتوسط
- مؤهل متوسط مناسب ويفضل الحاصل على دبلوم السجلات الطبية والإحصاء.

7. الخبرة العملية:

- خبرة عملية لا تقل عن ثمان (8) سنوات في مجال العمل للحصول على درجة البكالوريوس.
- خبرة عملية لا تقل عن ثماني عشر (18) سنة في مجال العمل للحصول على مؤهل فوق المتوسط.
- دورات تدريبية مناسبة.
- يفضل العاملين بمجال قريب من مجال العمل الحالي

8. المعارف والقدرات:

- معرفة بنظم السجلات الطبية وتطبيقاتها.
- معرفة بنظريات الإدارة وتطبيقاتها.
- القدرة على استعمال الحاسب الآلي وتطبيق برامج التكويد والإحصاء.
- القدرة على الاتصال - كتابة وشفاهة مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة المقدمة.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءاً من:

التاريخ:
التاريخ:

أعدت بواسطة:
اعتمدت:

2: بطاقة توصيف وظيفي: فني تكويد

1. اسم الوظيفة:

فني تكويد

2. القسم:

السجلات الطبية

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 التكويد، واعداد التقارير الأخرى التي تتطلبها حاجة العمل.

5. المهام والمسؤوليات:

- 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 الكود المناسب وفقا لنظام التكويد الدولي للأمراض والنظام الدولي لتكويد الإجراءات الطبية حتى تكون المستشفى مواكبة للأساليب العصرية في الإدارة.
- تحديد وترتيب التكويد 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 التكويد 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 التكويد والتأكد من أن هذا التحديث قد أبلغ لجميع العاملين في عملية التكويد.
- الاشتراك في تدريب العاملين الجدد على إجراءات وتنفيذ التكويد.
- 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:

- مؤهل فوق المتوسط
- مؤهل متوسط مناسب ويفضل الحاصل على دبلوم السجلات الطبية والإحصاء.

7. الخبرة العملية:

- خبرة عملية لا تقل عن خمس (5) سنوات في مجال العمل.
- خبرة في مجال التكويد سنتان (2) طبقا 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 وفقا لنظام التصنيف الدولي للأمراض في مركز معتمد للتدريب على نظام (ICD - 10).

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من:

أعدت بواسطة:
اعتمدت:
التاريخ:
التاريخ:

3: بطاقة توصيف وظيفي: فني تكويد

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:
 - 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 الكود الملون طبقا للنظام المطبق في المستشفى.
- فحص ملفات المرضى وكتابة مذكرة بالموضوعات المطلوب استكمالها ورفعها إلى مشرف السجلات الطبية.

السجلات الطبية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفي لقسم 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 طبقا للنظام الدولي لتكويد الإجراءات الطبية وذلك في حالة عدم وجود فني التكويد.
- 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.
- 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:

- مؤهل فوق المتوسط
- مؤهل متوسط مناسب ويفضل الحاصل على دبلوم السجلات الطبية والإحصاء.

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 المرضى طبقا للنظام الدولي لتكويد الأمراض (ICD - 10) أو ما قبله (ICD - 9)
- القدرة على استعمال الحاسب الآلي.
- المعرفة التامة بأنظمة تشغيل الكمبيوتر (الحاسب الآلي)
- القدرة على الاتصال بالعملاء داخليا وخارجيا مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة المقدمة.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من:

التاريخ:
التاريخ:

أعدت بواسطة:
اعتمدت:

4. بطاقة توصيف وظيفي: فني إحصاء

1. اسم الوظيفة:
فني إحصاء

2. القسم:
السجلات الطبية

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف: مشرف السجلات الطبية
- يشرف على: لا يوجد
- علاقات العمل:
 - المرضى
 - هيئة الأطباء والتمريض

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 لتمام النماذج والتقارير الخاصة بالعمليات الإحصائية ثم القيام بتجميعها وعمل المعدلات والنسب وأية تفاصيل 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 طبقا لما تقرره لجنة السجلات الطبية.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

- مؤهل فوق المتوسط
- أو متوسط مناسب
- يفضل الحاصل على 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.

8. المعارف والقدرات:

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

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من:

- أعدت بواسطة:
- اعتمدت:
- التاريخ:
- التاريخ:

5: بطاقة توصيف وظيفي: 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 والمكاتب.

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.
- 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:

- مؤهل فوق المتوسط
- أو متوسط مناسب
- يفضل الحاصل على دبلوم السجلات الطبية والإحصاء.

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.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من:

أعدت بواسطة:
التاريخ:
اعتمدت:
التاريخ:

6: بطاقة توصيف وظيفي: كاتب تسجيل

1. اسم الوظيفة:

كاتب تسجيل

2. القسم:

السجلات الطبية

3. العلاقات التنظيمية:

- يخضع لإشراف: مشرف السجلات الطبية
- 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 والمسؤوليات:

- 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.

السجلات الطبية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفي لقسم السجلات الطبية

- ارشاد المريض بناء على التعليمات الصادرة بخصوصه إلى العيادة الخارجية أو القسم الداخلى بالمستشفى أو مكان تحويله خارج المستشفى.
- الاتصال بوحدة الحفظ المركزى 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

7. الخبرة العملية:
خبرة عملية لا تقل عن خمس(5) سنوات فى مجال العمل.

8. المعارف والقدرات:
معرفة بالمصطلحات الطبية.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءاً من:
أعدت بواسطة:
اعتمدت:
التاريخ: / /
التاريخ: / /

7: بطاقة توصيف وظيفي: 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 الأساسى 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.

السجلات الطبية - الهيكل التنظيمي والتوصيف الوظيفي لقسم السجلات الطبية

- 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.
- 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:

مؤهل متوسط مناسب.

7. الخبرة العملية:

حديث التخرج.

8. المعارف والقدرات:

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

9. يعمل بهذا التوصيف بدءاً من:

أعدت بواسطة:

اعتمدت:

التاريخ:

التاريخ:

8: بطاقة توصيف وظيفي: 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
 - التمرض

4. الغرض الأساسي من الوظيفة:

مقابلة مرضى الدخول وتسجيل البيانات المطلوبة وإلحاقهم بالقسم الداخلي للمستشفى وفقاً 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 والاقرار 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 نوبتية من النوبتيات أثناء أوقات الطوارئ أو مكان زميل مريض أو متغيب في إجازة أو لأي سبب اضطراري آخر.
- القيام بمهام عملية تسجيل المرضى.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى مماثلة.

6. الحد الأدنى من المؤهلات:

شهادة الثانوية العامة أو ما يعادلها.

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.

9. يعمل بهذا التوصيف بدءاً من:

التاريخ:

أعدت بواسطة:

التاريخ:

اعتمدت:

9: بطاقة توصيف وظيفي: 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.
 - فحص الأوراق السائبة (المنفصلة) وإرفاقها 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:
مؤهل متوسط مناسب.
7. الخبرة العملية:
حديث التخرج
8. المعارف والقدرات:
 - معرفة بنظم الحفظ
 - القدرة على الاتصال بالعملاء داخليا وخارجيا مع الوعي الكامل بأهمية الخدمة المقدمة
9. يعمل بهذا التوصيف بدءا من:
أعدت بواسطة:
اعتمدت:
التاريخ:
التاريخ:

الفصل السادس:

تصميم وتجهيز قسم السجلات الطبية

تصميم قسم السجلات الطبية:

يجب أن تتوفر 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 إنتاج الكلى وكفاءة فريق العمل.

التجهيزات اللازمة لحفظ السجلات:

كثيراً ما تستخدم الأرفف المفتوحة لحفظ الملفات وذلك لأنها أقل 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 عدداً 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).

ولتحديد عدد الوحدات التي تحتاج إليها عملية الحفظ تلك، على القسم أن يحدد أولاً عدد البوصات الطولية المتاحة بالوحدات وعدد البوصات المطلوبة لكل سجل.

ثم نجمع عدد البوصات المطلوبة للسنوات الثلاث والخمس والسبعة والعشرة التالية. بقسمة هذا الرقم على مجموع البوصات الطولية المتاحة بوحدة التخزين سوف 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. $1735 \div 165 = 10.5$ وحدة أرفف

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. فملفات رفيعة السمك إلى متوسطة السمك يكفي استخدام دليلاً لكل 50 سجل.

أما الملفات الأكثر سمكاً 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 الكلى للدلائل:

العدد الكلى للسجلات ÷ عدد السجلات بين الدلائل = العدد الكلى للدلائل.

مستلزمات قسم السجلات الطبية:

أولاً: تجهيز القسم:

1. ارفف حفظ ملفات
2. شانون
3. خزانة حفظ بطاقة الفهرس الأبجدي
4. كارديكس
5. أوراق عادية
6. أوراق تصوير
7. كراسي
8. مكاتب
9. آلة كتابة
10. آلة حاسبة
11. دباسة
12. دبابيس
13. أقلام
14. براية
15. خرامة
16. دوسيه سجلات
17. ماسك ملفات
18. خدمة تليفونية
19. كومبيوتر
20. طابعة كمبيوتر
21. آلة تصوير
22. أحبار مختلفة
23. ميكروفيلم

ثانياً: تجهيزات السلامة والأمان:

1. طفاية حريق
2. جرادل رمل
3. سلم نقال
4. جهاز إنذار
5. زحافة مياه

ثالثاً: تجهيزات القسم الداخلي:

1. خزانة خاصة لحفظ الملفات
2. ترولي سجلات طبية
3. ملف علاقي
4. كمبيوتر
5. طابعة كمبيوتر

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 شيوعا الوقوع.

لذا يجب الإشارة بصفة مستمرة إلى كيفية تجنب الوقوع. فيجب على الموظفين استخدام مقاعد لا تسمح بالتزحلق 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.

كما يعتبر التحكم في درجة الحرارة المناسبة وفي التهوية وإزالة الأتربة والقاذورات من الأشياء الهامة جدا لتجنب الحريق وضمان زيادة عمل الموظفين.

كما يجب وضع طفايات الحريق وتوزيعها بانتظام على أن يمكن لجميع العاملين رؤيتها واستخدامها ببسر وسهولة وتعتبر طفايات الحريق والمياه وما شابه ذلك من أهم مقاييس الأمان لتجنب الكوارث الداخلية ويجب أن لا 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.

كما يجب أن يتم تدريب الموظفين جيدا على كيفية التصدى لكوارث الحريق والإجراءات التي يجب إتباعها عند وقوع أية كارثة.

الفصل السابع:

ضمان الجودة في قسم السجلات الطبية

خلفية عن تحسين الجودة

ان ضمان الجودة في قسم السجلات الطبية هي في الواقع عمل كل فرد في المستشفى. وتوجد عدة تعريفات للجودة، غير أن هناك تعريف للجودة ألا وهو أنه عندما يمارس الفرد أو المنشأة نشاطا ما له صلة بالجودة فإنه عادة ما يطرأ عليه تحسين في الجودة.

ومفهوم تحسين الجودة ليس جديدا، فبعض رواد تحسين الجودة طوروا نظرياتهم وفلسفاتهم وأنظمتهم وعملياتهم عبر عقود عديدة من الزمان، فعلى سبيل المثال:

قام وولتر شوارت بتطوير أداة الجودة PDCA في العشرينات، بينما قام د. ادواردز ديمينج والذي يعد من 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 "ثالث جوينر" والذي يتألف من ثلاثة عناصر أساسية هي: الجودة، والأسلوب العلمي، والعمل بروح الفريق الواحد.

العملاء الداخليين والخارجيين:

ان لمفهوم الجودة في بيئة الرعاية الصحية تاريخ موغل في القدم فقد قام حامورابي ملك بابل والذي كان أيضا فيلسوفاً ومبتكرا وطيبيا - 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.

إلا أنه في عالم اليوم حيث تتسم بيئة الرعاية الصحية بالتنافس وبالسيطرة على الموارد فقد اكتسبت كلمة الجودة مفهوما أكبر وأكثر أهمية، فقد أصبح المريض - الذي يعد العميل الأساسي والمتلقي للمنتج الذي نقدمه وهو خدمة الرعاية الصحية - أكثر وعيا 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 فقط على اختيار مقدمي الخدمة الطبية ولكن أيضا اختيار المستشفى أو العيادة التي يجب أن يتوجهوا إليها.

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 وأسره.

وحتى تتمكن منشآت الرعاية الصحية من ارضاء توقعات المرضى، 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 معاونين 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.

ويتركز 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".

"إن أوجه القصور المتعلقة بالجودة يمكن أن توجد في أي محيط للرعاية الصحية بدءا من المستشفى الحضري المتطور وحتى العيادة القروية. إن رداءة الجودة تعمل على خفض المزايا التي يحصل عليها العملاء وإثارة مشاعر الاحباط لدى مقدمي الرعاية الصحية وإهدار موارد الرعاية الصحية المحدودة، وبذلك فإن عملية ضمان وتحسين الجودة بشكل منظم ومتواصل تمثل مكونا جوهريا في أي نظام فعال وكفء ومستجيب للرعاية الصحية".

ويمضي المقال مشيرا الى أن "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 الحي الذي يقطنونه أو في المنطقة أو في وطنهم ككل." أما المقتطفات التالية التي تتناول دورة حل مشكلات ضمان الجودة (أنظر الرسم التوضيحي) فهي مأخوذة من مقال بعنوان "عملية 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:

1. وضع تصور واستراتيجية لأنشطة برنامج ضمان الجودة وتوزيع المهام والواجبات وتخصيص الموارد
2. وضع المعايير القياسية: ويتضمن ذلك تحديد التوقعات الخاصة بالخدمات الصحية ذات الجودة.
3. نشر المعايير القياسية: ويتضمن ذلك العمل على ضمان معرفة أولئك الذين يتوجب عليهم تطبيق المقاييس والمعايير بتلك المقاييس فضلا عن فهمهم واقتناعهم به.
4. مراقبة الجودة: ويتضمن 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 وإجراء 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:**
ويتضمن ذلك وضع بيان المشكلة بوضوح من حيث تأثيرها القابل للقياس على عملية الخدمات الصحية.
7. **تحديد الأفراد الممكن إشراكهم في حل المشكلة:**
ويتضمن ذلك تحديد الأفراد أو الجماعات الذين يجب أن يشاركوا في عملية حل المشكلة ليساعدوا في تحليل المشكلة وكذلك وضع وتنفيذ الحلول.
8. **تحليل ودراسة المشكلة:**
ويتضمن ذلك جمع وتحليل البيانات لفهم طبيعة المشكلة وأسبابها الرئيسية أو الجذرية.
9. **اختيار وتصميم الحل:**
ويتضمن ذلك وضع قائمة بالحلول الممكنة واختيار أفضلها من حيث معالجة الأسباب الجوهرية للمشكلة ثم تصميم حل عملي قابل للتطبيق.
10. **تنفيذ وتطبيق الحل:**
ويتضمن ذلك وضع خطة لتنفيذ الحل (من، ماذا، متى، أين وكيف) ثم إجراء اختبار لتحديد ما إذا كان ينبغي التوسع في التنفيذ وأخيرا تعديل الحل بما يجعله أكثر ملاءمة وفعالية أو الاستغناء عنه لصالح حل آخر.

مسئولية المستشفى:

ما الذي ينبغي على المستشفى عمله لضمان الجودة، هناك مستشفيات كثيرة تتبنى أساليب سيق تجربتها وتطبيقها من خلال أنظمة أخرى للرعاية الصحية، وذلك في مصر والخارج.

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 الاكاديمي 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،

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 مسئول عن الحفاظ على المصدر الرئيسي والأساسي للبيانات وأنت مسئول عن تحليل السجل الطبي لكل مريض.

ولا يوجد في المستشفى قسم آخر مسئولاً 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

المرحلة الثالثة:

وتشمل ستة 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:

تتصح 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:

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.

4. لتوثيق النتائج يجب مراعاة ما يلي:

- تسجيل البيانات كما هو موضح في النموذج
- معرفة ما إذا كان السجل يحتوي على البيانات التالية كما هو مطلوب من بند 1 إلى بند 7

5. بعد استكمال عملية الفحص يجب إعادة السجلات إلى 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 الاكلينيكي) - ملخص موجز:

نعم لا

- | | | |
|-------|-------|---|
| ..... | ..... | 1. سبب البقاء بالمستشفى (إن كان مطبقا) |
| ..... | ..... | 2. نتائج هامة |
| ..... | ..... | 3. الخطوات المتبعة (إن 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 المبهمة مثل : تحسن الحالة) |
| ..... | ..... | 7. التعليمات التي تعطى للمريض عند خروجه من المستشفى: (الأسلوب الغذائي، الدواء، الأنشطة البدنية، الرعاية المستمرة ومن الذي يقوم عليها) |

التعليق:

[illegible]

التاريخ:

المراجع:

إدارة الجودة في قسم السجلات الطبية

كما ذكرنا سابقاً، 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 دعماً لا يقدر بثمن لمقدم الرعاية الصحية في المنشأة الخاصة بنا، كما تسهم في تحقيق أكفاً لإدارة للموارد القيمة والمحدودة.

ويمكن تحقيق ضمان الجودة في قسم السجلات الطبية من خلال الالتزام بسياسات القسم وتوجيهاته الإرشادية وقواعده ولوائحها 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 الأكاديمي والقيادة على كافة مستويات المنشأة.

والسبيل لتحقيق ذلك يقوم على دراسة الأسلوب الفعلي لظهور وتطور المشكلة وإيجاد الطرق لمنع حدوثها مرة أخرى بدلاً من السعي لحلها عند وقوعها فعلاً.

إن 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 الإجراءات 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 الإرشادية 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 إدارة 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 ومرتبعة مع مراعاة توفير مساحة كافية في المكان المخصص للحفظ المركزي وأثاث ومعدات جيدة الصيانة للاقبال من مخاطر التعرض للحوادث والإصابات.
7. يجب على الموظفين التحلي باللباقة في جميع الأوقات عند التعامل مع عملاء القسم الداخليين والخارجيين، كما يجب عليهم الانصاف 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 الإرشاد 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.
9. يقوم مشرف السجلات الطبية بتمثيل القسم كعضو كامل العضوية في لجنة النماذج، وتتمثل وظيفة هذه اللجنة في توفير الدعم فيما يتصل بإعداد واستخدام النماذج.

الفصل الثامن:

برنامج التكويد بالكمبيوتر Computer Coding Program

استخدام البرنامج

نظرة شاملة للبحث عن رمز المعلومات:

1. البحث عن الرموز عن طريق شاشة البحث Search Screen
 2. ادخال رقم كودي محدد Code #
 3. البحث عن الكلمات الرئيسية Search
 4. استخدام قائمة الأكواد السريعة للدلالة على الرموز (عن طريق Quick Codes)
 5. فهم لائحة المعلومات المجدولة (Tabular List)
 6. الترتيب الفرعي للأكواد
 7. اختيار الكود
 8. الرقم الخامس: تصنيف المعلومات فرعيا عن طريق الرقم الخامس
 9. استطلاع بعض الملاحظات الأخرى (Other Notes)
 10. إضافة علامة للملف (Bookmark)
 11. نسخ النص على نافذة لوحة القصص (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 كود غير محدد
 - اللون الأزرق الفاتح يشير الى العملية القائمة ليست تشخيصا مبدئيا
 - اللون الأزرق الغامق يشير الى اجراء محدد
 - اللون الأخضر يشير الى اجراء غير محدد
 - اللون الأحمر الثاني يشير الى روابط القوائم المجدولة

اختبارات التشفير:

استخدام اختبارات التقييم الذاتي

التشفير باستخدام برنامج (ICD-10)

1. الاستخدام العادي لنظام ICD-10 للتشفير
2. المصطلحات والتعليمات
3. ملاحظات تعليمية
4. ملاحظات
5. التشفير لإنشاء ضرورة طبية
6. اختيار التشخيص المبدئي
7. تشفير الأعراض
8. رموز وشفرات غير محددة
9. حالات متداخلة

10. أمراض وإصابات متعددة
11. المضاعفات أثناء وبعد إجراء الجراحة
12. الإصابات الخطيرة والجروح
13. الكسور
14. التأثيرات المتأخرة
15. اضطرابات الدورة الدموية
16. اضطرابات عقلية
17. الحروق
18. رعاية أثناء الولادة
19. أحوال الجنين ما قبل الوضع
20. أصول التشخيص الكودي طبقا لتعليمات الإدارة المالية للرعاية الصحية (HCFA)
21. مصطلحات تشريحية
22. تاريخ التشفير في نظام ICD-10

البحث عن معلومات الكود: 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 الإجراءات المجدولة.

تظهر شاشة المقدمة (Introduction Screen) بمجرد بدء البرنامج. من هذه الشاشة يمكن للمستخدم أن يشغل البرنامج أو أن يدخل إلى برنامج المساعدة أو أن يحصل على شرح لنظام التكويد في برنامج (ICD-10) كما يتيح هذه الشاشة أيضا تشغيل اختبار التقييم الذاتي للتكويد التشخيصي وأن يطلع على المعلومات المتعلقة بحقوق ملكية البرنامج.

عندما تدخل إلى البرنامج تظهر شاشة البحث (Search Screen) وهي الشاشة الرئيسية التي يمكن من خلالها البحث عن أكواد برنامج (ICD-10). يمكن البحث عن معلومات الكود عن طريقتين: الأولى هي ادخال رقم كودي معين بواسطة استخدام الرقم الكودي (Code #) والثانية هي البحث عن الكلمات المرشدة باستخدام الباحث (Search). يتيح امكانية الباحث ادخال أربعة 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. الأكواد التي يبحث عنها مستخدم البرنامج بصورة متكررة يمكن اضافتها إلى القائمة المرجعية المسماة باسم الأكراد السريعة (Quick Codes) عن طريق استخدام وظيفة علامات الملف (Bookmark) ولا يحتاج المستخدم أن يتذكر قائمة أرقام الأكواد السريعة (Quick Codes) تنظم الأكواد طبقا للوصف الكودي.

عندما تبحث عن أحد أكواد برنامج (ICD-10) في قائمة المعلومات المجدولة تظهر الشاشة المجدولة (Tabular Screen) التي تعرض وصفا كاملا وطويلا للكود المختار كما توضح كيفية وضع الكود بصورة مناسبة في الفئة المسلسلة ذات الأرقام الثلاثة. عن طريق هذه الشاشة يمكن للمستخدم أن يرى ملحوظات بالاحتواء أو الاستبعاد التي قد تؤثر على الكود. هذا بالإضافة إلى جميع التصنيفات الفرعية المطبقة على الكود.

يمكن للمستخدم أيضا أن يشاهد الملحوظات الأخرى (Other Notes) الملحقة بالكود ويمكنه طباعة قائمة المعلومات المجدولة باستخدام أمر الطبع (Print). يتيح الشاشة أيضا نقل قائمة المعلومات المجدولة إلى لوحة القص بالنافذة عن طريق استخدام مسودة الملاحظات (Notepad) والنص المنقول على لوحة القص يمكن اضافته إلى 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 التكويد التشخيصي عن طريق اختبارات التقييم الذاتي
5. الإطلاع على حقوق الملكية

الرقم الكودي (Code #):

يتم اختيار وظيفة الرقم الكودي (Code #) من شاشة البحث (Search Screen) للبحث عن المعلومات الكودية المتعلقة برقم كودي معين. إذا لم تعرف الرقم الكودي قم باختيار وظيفة الباحث (Search).

عندما تقوم باختيار وظيفة الرقم الكودي تظهر نافذة باحث المصطلحات (Search term). أكتب رقم الكود 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).

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 الكودية لبرنامج (ICD-10).

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 (ICD-10) عن طريق الباحث (Search).

استخدامات الشاشة تتيح للمستخدم البحث عن الكود بثلاثة طرق:

1. استخدام الرقم الكودي (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 الأكواد 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 (ICD-10) لبدء جولة جديدة 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) :

انتقي وظيفة الباحث من شاشة البحث (Search Screen) للبحث عن الأكواد طبقا للكلمات المرشدة في وصف الكود.

إذا كنت تعرف رقم الكود الأفضل استخدام وظيفة الرقم الكودي (# Code).

للقيام بالبحث يجب اتباع التعليمات الآتية:

1. من شاشة البحث اضغط على وظيفة الباحث (Search) حتى تظهر نافذة البحث في برنامج (ICD-10). يمكن أيضا الدخول الى نافذة البحث عن طريق زر شاشة البحث (Search Screen) 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 of أو or 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 تحديد نوعها أو موقعها. في حالة الخطأ الهجائي في إحدى الكلمات المرشدة سيقوم البرنامج تلقائيا 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 الأكواد وأكثرها مناسبة للكلمات المرشدة في القائمة أولا.
4. اضغط على أي كود في النافذة للذهاب الى الشاشة المجدولة (Tabular Screen) للكود المختار. (راجع فقرة فهم ألوان الأرقام الكودية (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 الى اختبارات التقييم الذاتي، بينما يختص الزر الآخر الذي يشبه علامة الاسعافات الأولية باحضار نظام المساعدة في البرنامج.

استخدام اختبارات التقييم الذاتي يتضمن بعض الحيل وشرحها كالتالي:

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 الكودات الى لوحة القص أو إضافة أية كودات سريعة الى قائمتك الخاصة بالأكواد.

وهذه الأزرار الموجودة في الشاشة المجدولة (Tabular Screen) يتم استبدالها بأزرار خاصة بالاختبار الذاتي:

1. زر قبول الكود (Accept Code) يسمح للمستخدم أن يضيف أكوادا الى إجابته على السؤال القائم.
2. زر السؤال التالي (The Next Question) يسمح للمستخدم بإضافة أكواد 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 انتهاء الاختبار. انتهاء الاختبار يعود بالبرنامج الى صيغته الطبيعية ويستعيد كل استخدامات البرنامج العادية.

أسس 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 الكودات الصحيحة المتعلقة بالتشخيص الذي يواجهه المستخدم.

وتؤثر أسس التكويد في البرنامج على:

- المصطلحات والتعليمات
- الملاحظات التعليمية
- الملاحظات

أولاً: المصطلحات والتعليمات:

أسس التكويد اللاحقة تؤثر على مصطلحات الفهرس الملحقة في قائمة شاشة البحث (Search Screen)

وأيضا على المصطلحات والأكواد الموضوعة تحت قائمة الشاشة المجدولة (Tabular Screen).

1. الصيغة: (Format)

المصطلحات الفرعية في الفهرس يسبقها مسافتين الى اليمين من المصطلح الملحقة 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:

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 الكود 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 الكود.

مثال:

brain (any part)
ate effect - see category 326

7. الكود أيضا (Code also):

هذا الأمر يستخدم في القائمة المجدولة لغرضين:

- 1 - لتكويد محتويات أحد الاجراءات التي تم اجراؤها في وقت واحد
- 2 - لتكويد استخدام برامج أو أدوات إضافية خاصة

مثال:

03.90 Insertion of catheter into spinal canal
Code also any implantation of infusion pump (86.06)

8. الإجراءات 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 الأكواد.

مثال:

02.02 Elevation of skull fracture fragments

Reduction of skull fracture

Code also any synchronous debridement of brain (01.59)

9. إلغاء الكود (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 الكود (Omit Code).

مثال:

larynx NEC 31.3

ligamentum flavium (spine) - omit code liver 50.0

10. ان اى سي (NEC):

ترمز هذه الحروف الثلاثة الى عبارة (Not Elsewhere Classifiable) التي تعني "غير قابل للتصنيف في أي مكان آخر". وتعرف هذه الرموز الأكواد ومصطلحات الفهرس التي يمكن استخدامها فقط في حالة نقص المعلومات اللازمة لتكويد التشخيص من نوعية أكثر تخصيصاً. راجع باب الأكواد غير المحددة (Unspecified Codes).

مثال:

specific site NEC 006.8

11. ان او اس (NOS):

ترمز هذه الحروف الى اختصار عبارة (Not Otherwise Specified) أي "لا يحدد بطريقة أخرى" وتدل على أن الكود غير محدد وأنه يجب بقدر الامكان مواصلة البحث على كود محدد (راجع الأكواد غير المحددة).

مثال:

(unspecified codes)

420.90 Acute pericarditis, unspecified

Pericarditis (acute):

NOS

Infective NOS

12. علامات الترقيم

- تستخدم علامة التنصيص (:) بعد المصطلح غير الكامل الذي يحتاج الى معدل واحد أو أكثر لجعله قابلاً للتخصيص في الفئة المعطاة.

مثال:

491.2 Obstructive chronic bronchitis

Bronchitis:

Asthmatic chronic

- يستخدم القوسان [] للإحاطة بمرادف أو كلمة بديلة أو عبارة تفسيرية.

مثال:

421.0 Acute and subacute endocarditis

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 الكودي للعملية.

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 الكود في الشاشة المجدولة (Tabular Screen).

1. احتواء (Includes):

تظهر هذه الملحوظة 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 الملحوظة تعرف المصطلحات التي لا يجب تكويدها تحت المصطلح الرئيسي المشار اليه في القائمة المجدولة. هذه الملحوظة لا تمنع المستخدم من استخدام الأكواد المستبعدة بالإضافة الى الكود الرئيسي التي تم استبعادها منه في حالة توفر كلا الحالتين.

مثال:

389.1 Sensoineural hearing loss
Perceptive hearing loss or deafness
Excludes
abnormal auditory perception
(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. الكود الذي يحدد المرض الأساسي (Code also underlying disease)

هذا الأمر يستخدم في الفئات المذكورة في القائمة المجدولة والتي لا تتضمن التشخيص الأساسي. يظهر الكود وعنوانه والتعليمات اللازمة تحت هذا المؤشر ويتطلب الكود أن يتم تسجيل المرض الأساسي في الخطوة الأولى ثم يتبعه تسجيل العلامات المحددة.

مثال:

421.1 Acute and subacute infective
endocarditis in diseases classified elsewhere
Code also underlying disease, as:
blastomycosis (116.0)
typhoid (fever) (002.0)

ثالثاً: الأكواد السريعة Quick Codes:

1. انتقي وظيفة الأكواد السريعة Quick Codes من شاشة البحث (Search Screen) للإطلاع 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 الأكواد المنتقاة. وتعرض وظيفة الأكواد السريعة هذه الأكواد منظمة بحسب وضعها الكودي ولهذا لا يجب على المستخدم أن يتذكر أرقام الكود.

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.

2. لا اختيار إحدى علامات الملف قم بالضغط على اسم العلامة. يوجد كتلة نص في أسفل النافذة.
3. تحت مسمى "علامات الملف المختارة حالياً" (Currently selected bookmark).
4. لإيضاح اسم العلامة المنتقاة.
5. 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).
6. 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).
7. لحذف إحدى علامات الملف اتبع الآتي:-
 - انتقي العلامة عن طريق الضغط عليها.
 - اضغط على زر حذف العلامة (Delete Bookmark).
8. لإغلاق نافذة علامات الملف اضغط على زر انتهى (Done).

** الشاشة المجدولة (Tabular Screen):-

تظهر الشاشة المجدولة عند اختيار الأكواد عن طريق الرقم الكودي (Code #) أو الأكواد 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 ICD-10. توضح الشاشة المجدولة كيفية ترتيب الكود المختار في النظام الهرمي لفئة الكود.

فعلى سبيل المثال إذا اختار المستخدم البحث عن كود مكون من أربعة أرقام فإن الشاشة المجدولة توضح الوصف الكامل لنوعية الأكواد 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 الكود. راجع أمثلة القائمة المجدولة (Tabular List Example).

اختيار الكود Selecting a Code:

في الشاشة المجدولة يتم تعريف الكود المختار عن طريق الوصف الكودي للمستخدم أن يضغط على أي كود في الشاشة المجدولة - حتى الأكواد 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 الكود المختار.
- تقوم وظيفة إضافة الملاحظات (Sticky note) بالسماح للمستخدم أن يضيف أية تعليقات على الكود المختار. يمكن استخدام هذه الوظيفة بالضغط على زر الفأرة الأيمن.

وظائف الشاشة المجدولة Tabular Screen Function:

يوجد ستة وظائف للشاشة المجدولة:-

1. وظيفة الرجوع Back تسمح بالعودة لآخر 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 الكود أو الفئة المختارة.
4. اختيار وظيفة علامة الملف Bookmark يتيح إضافة الكود إلى قائمة معدة سلفاً للرجوع إلى الأكواد دائمة الاستخدام. يمكن أيضاً الدخول إلى هذه القائمة عن طريق الأكواد السريعة Quick Codes الموجودة في شاشة البحث (Search Screen).
5. وظيفة مسودة الملاحظات (Note Pad) تسمح بنقل معلومات عن الكود إلى لوحة القص بالنافذة الرئيسية.
6. أمر الطبع Print يسمح بطبع المعلومات الكودية.

** الملاحظات الأخرى Other Notes:-

يتم اختيار هذه الوظيفة من الشاشة المجدولة Tabular Screen لعرض الملاحظات التي تطبق على الكود 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 الأكواد في لوحة القص بالنافذة الرئيسية. بعد نقل النص إلى اللوحة يمكن إضافته إلى أي برنامج آخر في النافذة.
- لنسخ النص في لوحة القص Clipboard يلزم القيام بالآتي:-
 1. من النافذة المجدولة قم باختيار وظيفة مسودة الملاحظات Note Pad لظهار أمر النسخ إلى نافذة لوحة القص. سيظهر الكود المختار في كتلة المسودة في الجزء الأيسر السفلي.
 2. إذا رغبت في كود مختلف ادخل إلى صندوق الكود لاعطاء أمر الحفظ Save يقوم البرنامج بكشف مدى صلاحية الكود ويعطي النتيجة. سوف يظهر الكود 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 الكود المراد إلغاؤه من النافذة الفرعية "محتويات المسودة الحالية".
2. اضغط على زر إلغاء الكود 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 الأكواد في القائمة يتم اختياره أولاً ثم اكتب الكود الجديد في نافذة الكود العليا بعد ذلك يجب الضغط على زر التغيير Change.

التكويد لإيضاح الضرورات الطبية:

- الأكواد التشخيصية توضح الضرورة الطبية لخدمات الطبيب عن طريق وصف ظروف حالة المريض. إدخال الأسس التالية على أسلوب التشخيص الكودي للمستخدم يساعد على ضمان أن الأكواد التشخيصية المختارة سوف تعرض الضرورات الطبية بصورة مناسبة.
- ادخل التشخيص الأولي، الحالة، المشكلة وأية أسباب أخرى للخدمة أو الإجراء الطبي.
- حدد الأكواد 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 الأكواد 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.
- 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 مبادئ إيضاح الضرورات الطبية:-

Selecting the Primary Diagnosis	- اختيار التشخيص الأولي
Coding Symptoms	- تكويد الأعراض
Unspecified Codes	- أكواد غير محددة
Csexing 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 الكود التشخيصي المختار يوضح السبب الحالي للعلاج 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 (ICD-10) لا يحتوي على أكواد غير دقيقة لهذا لا يجب تكويد أي تشخيص قائم على الاحتمالية أو الشك أو استبعاد إمكانية حدوث بعض الأمراض. أخذ هذا الموضوع أهمية جديدة في الصيغة الحالية من نظام رقم 1500 للإدارة المالية للخدمات الصحية (HCFA) الذي لا يحتوي على مساحة للوصف المكتوب.

قبل الصيغة الحالية كان من الخطأ والخطورة بـمكان 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 التكويد المناسبة - مثل هذه العبارة ستدفع المستخدم إلى البحث في أعراض أو شكاوى لفترة طويلة.

المؤمنون ليسوا على استعداد لدفع أموالهم للحصول على تشخيص غير دقيق قائم على إستبعاد إمكانية حدوث بعض الأمراض ولكنهم سيدفعون للحصول على تشخيص دقيق للأعراض. إن الفصل السادس عشر في الجزء الأول يحتوي على أكواد للحالات غير المعروفة بدقة. استخدم الأكواد من 780 إلى 799 للشكاوى والأعراض العامة. يمكن لهذه الأكواد أيضاً أن تحدد تشخيصات فرعية وأعراضاً مؤقتة ومشاكل إضافية.

3 - الأكواد غير المحددة Unspecified Codes

الأكواد 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 الأكواد 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 ICD-10 مصطلحان للإشارة إلى التشخيصات غير المحددة.

- ان اي سي (NEC) وترمز هذه الحروف إلى إختصار لعبارة غير مصنف في أي مكان آخر (Not Elsewhere Classifiable) التي تشير أن المصطلح الرئيسي غير واضح أو غير معرف بدقة. استخدم أحد الأكواد في حالة ما لم تتوافر أية معلومات أخرى يستخدم هذا المصطلح (NEC) فقط في الجزء الثاني (الفهرس).
- ان او اس (NOS) وترمز إلى إختصار عبارة لا يحدد بطريقة أخرى (Not Otherwise Specified) وهو معادل للإختصار الأول ولكنه يستخدم فقط في الجزء الأول (القائمة المجدولة) "Tabular List".

- عدم التحديد يشير أيضاً إلى الحاجة إلى المزيد من المعلومات لتكويد المصطلح بصورة أكثر دقة. في هذه الحالة يكون الرقم الرابع من الكود دائماً هو رقم (9).
- إذا كان الرقم الرابع في الكود 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 996 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 الكود 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 الكود التشخيصي كالآتي:-

998.5 تلوث بعد الجراحة.
182.0 ورم حديث متدهور في جسم الرحم.

إضطرابات الدورة الدموية:- Circulatory Disorders

الأمراض التي تتأب الدورة الدموية يتم تصنيفها في الفئات من 390 إلى 459 هذا القسم يتضمن أكواداً 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 بتحليل أنسجة عضلات القلب "Myocardial Infarction (MI)"

تتفرد هذه الأكواد ببعض الضمانات. فالكود 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 الكود والمؤمن.

في برنامج (ICD-10) 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 الكودي الخماسي الأول (fifth digit 1) 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 الكودي الخماسي الثاني (fifth digit 1).

افحص بعناية الملحوظة الموجودة في الجزء الأول (القائمة المحدولة Tabular List) تحت الرقم الكودي (410) حتى تكون مستعداً للإجابة على أسئلة المؤمنين إذا استخدمت كود خماسي واحد بصورة متكررة أثناء فترة الثمانية أسابيع.

يعرف الكود 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.

الحروق Burns:-

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 إلى 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 الأكواد الفريدة في برنامج ICD-10 حيث أنها تقيس اتساع سطح البشرة المحروق.

ارشادات لتكويد الحروق:-

استخدم الأكواد من 940-947 لتكويد الحرق عن طريق تحديد مكانه أولاً ثم انتقي رقماً رابعاً طبقاً لدرجة الحرق.

استخدم رقم 948 الذي يحتوي أرقاماً رابعة 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 المائة من الجسم.

الرعاية أثناء الحمل والولادة Obstetrical Care

- يوجد العديد من النقاط غير العادية عند تكويد الرعاية أثناء الحمل والولادة.
- كل الأكواد في هذا الجزء من برنامج ICD-10 باستثناء أربعة أكواد فقط تتطلب دقة خاصة عن طريق أكواد رابعة أو خماسية الأرقام. أربعة أكواد يوجد أيضاً ملاحظات تعليمية خاصة متناثرة خلال هذا الجزء ولهذا يجب الاهتمام بالجزء الأول اهتماماً خاصاً.
- يتعلق الكود رقم 650 بالولادة الطبيعية التي تحدث بدون مضاعفات أثناء الفترات الثلاثة - الحمل - الوضع - وفترة بعد الوضع.
- يمكن استخدام الكود (V 27) ككود مساعد لتسجيل نتيجة الوضع. استخدام هذا الكود يعد أفضل من استخدام أي كود في الفئات بين 630-676.
- متاعب 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 الكود المختص.
- كن متنبها للموقف الفريد الذي يظهر مع الفئات التالية.
- 645 الحمل طويل المدة.
- 657 زيادة السائل الأمينوسي.
- 670 عدوى النفاس الرئيسية.
- 672 حمى مجهولة المصدر أثناء النفاس.
- يشير برنامج ICD-10 إلى أن هذه الأكواد تتطلب رقماً خماسياً ولكن لا تقم أرقاماً رابعة.
- نظرياً يمكن تسجيل الرقم الخامس على أنه رقم رابع أو وضع "صفر وهمي" 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.

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 الأكواد تحت هذا النطاق تصنف بدقة متى يمكن استخدام الكود أثناء فترة نمو الجنين. فالكود 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 الأكواد 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 الكود 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 الأكواد تصف الحالة الصحية للطفل وليس للأم.

إرشادات إدارة تمويل الرعاية الصحية (HCFA) للتكويد التشخيصي:-

HCFA Guidelines for Diagnostic Coding

في الرابع من مارس عام 1994 أعلن المسجل الفيدرالي في إدارة تمويل الرعاية الصحية (Health Care Financing Administration) أن خدمات الأطباء في إطار الجزء الثاني من برنامج الرعاية الصحية (Medicare Part B) يجب أن تتضمن نظام ICD-10 للكود التشخيصي وحذرت الإدارة من أن الأطباء الذين يحصلون على تكليفات متكررة قد يحرمون من الحصول على مستحقاتهم في حالة عدم التزامهم بالنظام.

وتقدم الإدارة إرشادات خاصة للمساعدة في وضع مقياس موحد لنظام التكويد الأمريكي وهذا تلخيص للإرشادات التي تتعلق بالمرضى من الخارج ومكاتب الأطباء والرعاية المساعدة:-

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 (V Codes) 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 - لاتقم بتكويد التشخيص الذي لم يعد مطبقاً على المريض.
4. قم بالتكويد بأعلى درجة من الدقة ادخل الكود 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 المزمن إذا كانت هناك حاجة لتطبيقه على علاج المريض.
6. إذا لم يحصل المريض إلا على خدمات مساعدة اختر الكود 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 الكود الخاص بالحالة الصحية.
7. 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 .

بقدم 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 Organisation (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 بـ (ICD) وظل هذا الاسم حتى اليوم.

في عام 1978 قامت منظمة الصحة العالمية (WHO) بنشر القائمة التاسعة من التصنيف والتي عرفت باسم (ICD-10) 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 الأمر 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 لكـ (ICD-10-CM) يشار إلى الأكواد على أنها أكواد تشخيصية أو أكواد نظام (ICD-10).

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 ICD-10 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 أكواد ICD-10 على كل الأطباء الخاضعين لنظام الجزء الثاني من الرعاية الطبية (Medicare Part B).

وقد يتعرض الأطباء المخالفون لعقوبات أو غرامات شديدة.

الفصل التاسع:

متنوعات

لجان قسم السجلات الطبية

تنص القوانين الداخلية والقواعد واللوائح الخاصة بالعاملين بالطب البشري وطب الأسنان ضمن أهدافها أن يقوم هؤلاء العاملين بتدعيم وتشجيع وضمان مستوى أفضل للأداء المهني من جانب العاملين بالصحة والقائمين بممارسة المهن الطبية بالمستشفيات.

وكذلك للتأكد من حصول المرضى داخل المستشفى أو الذين 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 إلزامهم بالتمسك بالقواعد واللوائح الخاصة بالمسئولية عن المريض ورعايته منذ دخوله إلى المستشفى وعلاجه بها وحتى خروجه منها.

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 الإتصال 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:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| • الإدارة | • الأسنان |
| • الرعاية الجواله (الإسعاف) | • الطوارئ |
| • المدير الطبي | • طب الأسرة |
| • مشرف ومساعدو السجلات الطبية | • التمريض |
| • الجراحة العامة | • النساء والتوليد |
| • الطب الباطني | • طب الأعصاب |
| • الأطفال والمبتسرين | • طب العيون |
| • طب العظام | • الأنف والأذن والحنجرة |
| • علم الأمراض (الباثولوجي) | • المعامل |
| • بنك الدم | • الأشعة التشخيصية |

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).
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 تشتمل 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 وكوثائق 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 والمسؤوليات 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 طبقاً للمادة رقم (8) وذلك قبل اجتماع اللجنة بوقت كاف.
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 أداؤها 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 إبلاغ الشخص المعني بذلك.
17. للجنة أثناء انعقادها مناقشة ما يستجد من أعمال في المواضيع التي في إطار عمل اللجنة وترفع بذلك توصياتها.

ثانياً: لجنة النماذج

تنشئ إدارة المستشفى لجنة للنماذج وتكون لها المسؤولية الكاملة لمراجعة جميع النماذج المستخدمة في أي قسم أو التي تستخدم في تنفيذ واجبات ومسؤوليات القسم وكذلك للموافقة على تلك النماذج.

وتتشكل عضوية لجنة النماذج من ممثلي بعض الأقسام، منها:

- الإدارة
- إدارة المواد
- المدير الطبي
- المخزن
- التمريض
- الإدارة المالية
- الهيئة الطبية
- السجلات الطبية
- المشتريات
- ضمان الجودة

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 المسؤوليات 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

وعندما 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 لمراجعته 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 يدخل هذا السبب ضمن بنود اجتماع اللجنة. وعلى سكرتير اللجنة تقديم صورة من البنود التي تمت الموافقة عليها.

ثالثاً: لجنة المشتريات

السياسة:

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.

المخزون:

يعتمد نظام الوقت اللازم أو المناسب على أعلى منسوب إحلال لاستهلاك الإمداد حيث يضمن توافر المخزون بصفة مستمرة دون التعرض لإنهيار 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 المستوفى 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
 - 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

السياسة:

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.

الإجراءات:

فريق العمل الحالي:

1. سوف يشترك فريق العمل الحالي بقسم السجلات الطبية أثناء فترة الستة شهور الأولى من تنفيذ الدليل في مجموعة من البرامج التدريبية المصممة لجعلهم متآلفين مع محتويات الدليل وسوف يتضمن التدريب على الآتي وإن كان ليس محددا به:
2. تشترك جميع فرق العمل في حلقات عمل محدودة كل في نظامه، والمسئوليات الخاصة به. مثال: سوف يتلقى المشرف تدريبا في أساسيات الإشراف الفعال والإدارة وفني التكويد سوف يتلقى تدريبا وتوعية بالمصطلحات والتصنيف الدولي للأمراض، كما أن الكاتب سوف يتلقى حلقات عمل تدريبية في إدخال واسترجاع الملفات والترقيم الملون وحفظ الملفات طبقا للرقم الطرفي. وكناتج للبرنامج التدريبي وتطبيق الدليل لمدة الستة شهور فإنه يتوقع أن يعرف كل موظف كيف يطبق مفهوم استرداد تكاليف العلاج كل في مجال مسؤوليته ومهامه.
3. يمكن استثناء الموظفين الذين يظهرون مهارات مناسبة ومقبولة في المهام المحددة بالدليل من هذه المهمة وفقا لتقدير المدرب بعد التشاور مع مشرف السجلات الطبية.

يتضمن برنامج التدريب أثناء العمل الوظائف التالية:

1. مشرف السجلات الطبية
2. فني السجلات الطبية
3. فني الإحصاء
4. فني التكويد
5. كاتب دخول وخروج
6. كاتب تسجيل قسم الطوارئ
7. كاتب سجلات طبية
8. كاتب الاستقبال
9. ساعي سجلات طبية

العاملون الجدد:

سوف يتلقى العاملون الجدد حلقات عمل عن مفهوم استرداد تكاليف العلاج وفكرة عامة عن دليل نظام السجلات الطبية مع شرح واف لمسئولياتهم.

فريق العمل بالمستشفى:

سوف 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. مسؤولية جودة السجل الطبي
10. تحليل بيانات السجل الطبي

11. تصميم النماذج والمراقبة
12. طرق الحفظ: التخزين والرقابة
13. نظام وحدة الترقيم
14. نظام الحفظ بالرقم الطرفي
15. التصميم الخاص بالقسم
16. عملية احكام وضع الملفات
17. التكويد الملون
18. سجل التحكم الرئيسي
19. الفهرس الرئيسي للمرضى
20. فهرس الأطباء
21. فهرس الأمراض والإجراءات
22. دورة المريض
23. دورة عمل القسم

التجهيزات / الميكنة

يجب أن يتلقى العاملون تدريباً على استخدام الأجهزة قبل مطالبتهم باستعمالها لإتمام المهام الموكلة إليهم. وتتضمن هذه الأجهزة: أجهزة الحاسب الآلي - الطابعات - آلات التصوير - الميكروفيلم.

التدريب المستمر:

سوف يقوم القسم بالمعاونة مع لجنة التدريب على تصميم برامج تدريب بصفة دورية لاستمرارية تطوير مهارات العاملين بهدف وضعهم على أحدث النظم والتقنيات في العمل.

خامساً: المكتبة / الأرشيف

السياسة:

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 إلي أحد المصادر الموثوق بها:

الاسم	العنوان	مواعيد العمل	الموظف المسئول
وزارة الصحة	القاهرة	8 صباحا - 4 مساء	أمنية المكتبة
الأكاديمية الطبية العسكرية	شارع الخليفة المأمون- مصر الجديدة - القاهرة		
جامعة قناة السويس	مكتبة جامعة قناة السويس بالإسماعيلية	30, 8 صباحا - 5 مساء	أمين المكتبة

سادسا: الزي الموحد

السياسة:

يجب أن يقوم القسم بتوزيع زي موحد للعاملين بقسم السجلات الطبية لتوفير الحماية.

الإجراءات:

1. يقوم القسم بتوفير عدد 2 طقم لكل موظف ويكون طول الرداء اختياريًا بالنسبة للسيدات وجاكت للرجال. ويمكن أن يكون اللون أحمر داكن، أخضر أو رمادي وسوف تتولى المنشأة غسل الزي بدون مقابل على أن يسترد في حالة ترك الموظف العمل مع القسم أو مع المنشأة.
2. يحمل الزي شعار المنشأة على الكم الأيسر، كما يحمل اسم القسم الذي سوف يشغل على الناحية اليمنى من الصدر.
3. على كل العاملين أن يرتدوا حامل أسمائهم على أن يثبت على الجيب الأمامي للزي الخاص بهم أثناء تأدية عملهم.

Approved abbreviations & symbols

The following medical abbreviations and symbols may be used when documenting in a patient medical records This listing has been approved for use in Cost Recovery Facilities.

In addition, chemical and scientific symbols, as well as well as abbreviations commonly used by the general public, can be used in medical records.

Abbreviations **may not** be used when recording the final diagnosis (es) or procedure(s) performed on the Front Sheet (Admission/Discharge Form), or on the Discharge Summary.

	<u>A</u>
a	Before
A	Arterial
aa	of each
AA	aortic aneurysm
AaDCO₂	alveolar-arterial CO ₂ 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
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
	<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
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
	<u>C</u>
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
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
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
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	dressing

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
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
	E
FANA	fluorescent anti-nuclear antibody
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
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

	H
H/A	headache
HAL	hyperalimentation
H₂O	Water
HA Ab	Hepatitis A Antibody
HB Ab	Hepatitis B Antibody
HBsAg	Hepatitis B Surface Antigen
HBIG	Hepatitis B Immunoglobulin
HBP	High blood pressure
HBV	Hepatitis B Virus
HCO₂	Bicarbonate
hct	Hematocrit
HCV	Hepatitis C Virus
HCVD	Hypertensive Cardiovascular Disease
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
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
IVCD	intraventricular conduction defect
IVH	intraventricular hemorrhage
IVP	intravenous pyelogram
IV push	intravenous push
IVRO	intraoral vertical ramus osteotomy of the mandible
	<u>J</u>
JODM	Juenile Onset Diabetes Mellitus
JVD	jugular-venous distention
	<u>K</u>
K	potassium

kcal	kilocalories
KCl	potassium chloride
Kg. or kg.	kilogram
K.U.B.	kidneys, ureters, bladder
kv	kilovolts
KVO	keep vein open
	<u>L</u>
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
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
LVB	left ventricular branch
LVH	left ventricular hypertrophy
Lytes	electrolytes
	<u>M</u>
M²	meter squared
M. Avium	mycobacterium avium
MAC	monitored anesthesia care
mac³	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
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
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
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>O</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
O.U. or OU	both eyes
	<u>P</u>
P	pulse
PA	posterior anterior
PA GRAM	pulmonary arteriogram

PAC	premature atrial contraction
PaCO₂	arterial carbon dioxide
PACU	post-anesthesia care unit
PAD	pulmonary artery diasystolic
PaO₂	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
PCO₂	carbon dioxide pressure
PCWP	pulmonary capillary wedge pressure
PD	peritoneal dialysis
PDA	patent ductus arteriosus
PDB	posterior descending branch
PE	physical examination
PeCO₂	partial pressure of expired carbon dioxide
PED	Pediatrics
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	pastipertinent 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 Gonorrhea
PRBC	packed red blood cells
PRE	progressive resistive exercise
pre-alb	prealbumin
pre op	before operation
prep	preparation
PRM	passive range of motion
prn or p.r.n.	as neccesary
PROM	premature rupture of membrances

pro	protein
PROM	passive range of motion
PS	pressure support
pt	patient
PT	physical therapy
PTA	prior to admission
PTAV	percutaneous trnsluminal 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
PvO₂	partial pressure of venous oxygen
pvr	pulmonary vascular resistance
PVR	peripheral vascular resistance
PWB	partial weight bearing
PWD	preganancy with depression
	<u>Q</u>
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
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
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
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
Sx	Symptoms
SXR	skull x-ray

	I
T & A	tonsillectomy and adenoidectomy
tab	tablet
TAB	therapeutic abortion
TAH	total abdominal hysterectomy
TB	Tuberculosis
TBSA	total body surface area
tbsp	tablespoon
T_cO₂	transcutaneous oxygen
TCM	transcutaneous monitor
T_cCo₂	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
T.O.	telephone order

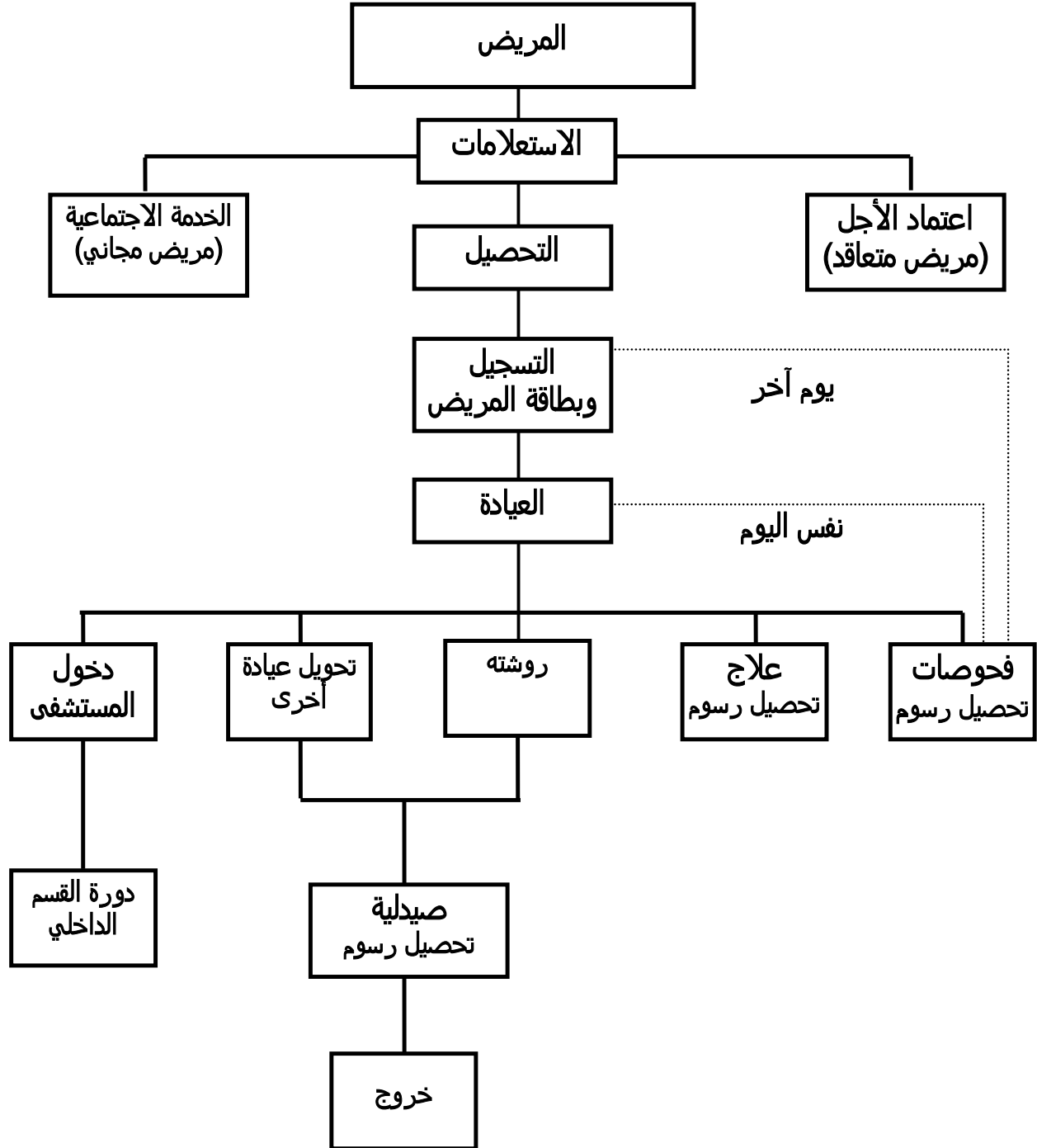
TOA	tubal ovarian abscess
T.O.L.	trial of labor
TP	total protein
TPN	total parenteral nutrition
TPR	temperature, pulse, and respiration
Trach	tracheostomy
TSH	thyroid stimulating hormone
tsp	teaspoon
TST	treadmill stress test
TTL (lab)	tissue typing laboratory
TTN	transient tachypnea of the newborn
TTWB	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

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	venereal 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

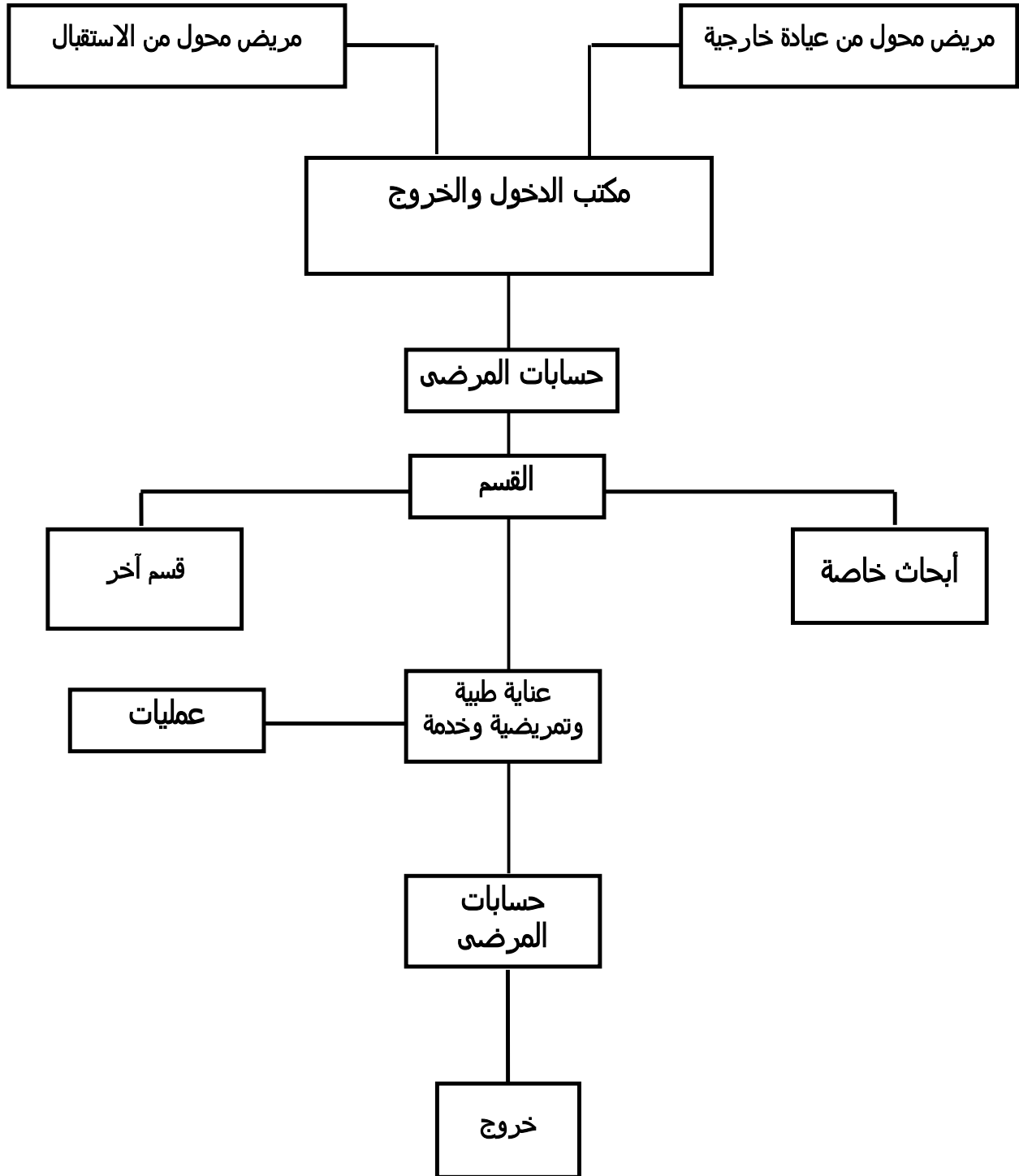
VS	vital signs
VSD	ventricular septal defect
VSS	vital signs stable
Vt	tidal volume
VT	ventricular tachycardia
VTX	vertex
	<u>W</u>
WB	weight bearing
WBAT	weight bearing as tolerated
WBCC	white blood cell count
WC	wheelchair
WD	well developed
wk.	week
WN	well nourished
WNL	within normal limits
WP	whirlpool
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
>	more than
Δ	change in
✓	flexion
/	extension
2°	secondary to
°	hour (e.g. 2°)
- press	negative pressure
,	minutes (e.g. 2')
0	none
+	positive
“	seconds (e.g. 2”)
-	negative

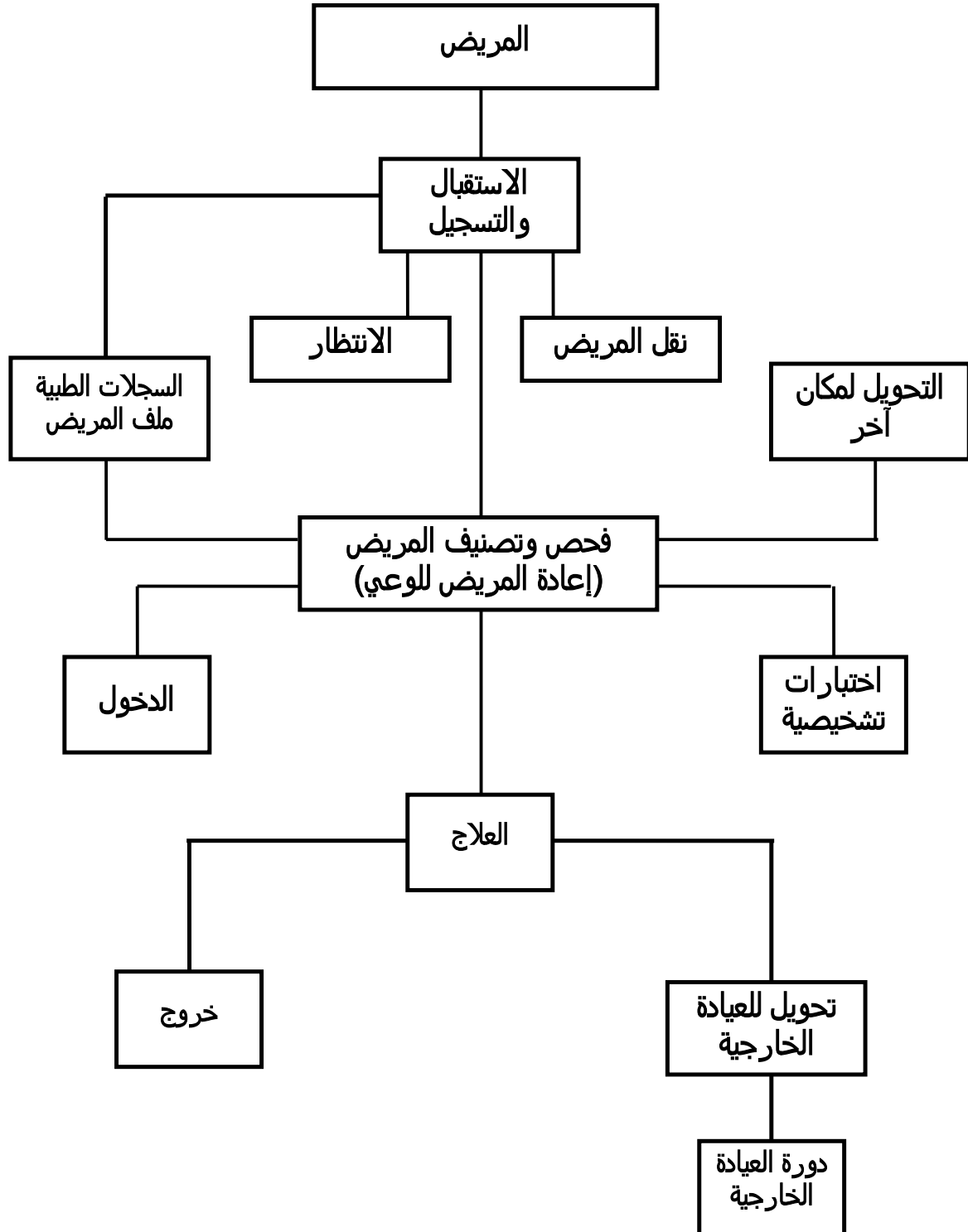
دورة مرضى العيادة الخارجية:



دورة مرضى الأقسام الداخلية:



دورة مرضى الطوارئ:



السجلات الطبية - مرفقات - قائمة الملفات غير المستكملة

القائمة الأسبوعية للملفات غير المستكملة

اسم الطبيب	الرقم الكودي	القسم	رقم السجل الطبي	تاريخ الدخول	تاريخ الخروج	تاريخ الاستيفاء	المجموع

السجلات الطبية - مرفقات - قائمة الملفات غير المستكملة

سجل الملفات غير المستكملة

اسم المريض	القسم	رقم السجل الطبي	تاريخ الدخول	تاريخ الخروج	الرقم الكودي

السجلات الطبية - مرفقات - قائمة الملفات غير المستكملة

ملفات الأطباء غير المستكملة

أوجه القصور							تاريخ الاستيفاء	تاريخ الخروج	تاريخ الدخول	رقم السجل الطبي	اسم الطبيب
ملخص الخروج	تقرير العملية	توقيع الطبيب	التاريخ	أوامر الطبيب	الصفحة الأمامية	تاريخ المرض					

مستشفى:

إذن دخول مريض

السيد مسئول دخول المرضى:

يرجى إدخال المريض:

وتشخيصه:

مدة الإقامة المتوقعة:

تحت إشراف:

اسم وتوقيع الطبيب:

التاريخ:

بقسم:

سبب الدخول:

محول من:

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.

التاريخ:

التاريخ:

التاريخ:

الساعة:

الساعة:

الساعة:

اسم الطبيب المعالج

اسم وتوقيع فني المعمل:

تاريخ الاستلام والنتيجة:

اعتماد مدير 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			

التاريخ:

الساعة:

التاريخ:

الساعة:

التاريخ:

الساعة:

اسم الطبيب المعالج
اسم وتوقيع فني المعمل:
تاريخ الاستلام والنتيجة:

اعتماد مدير المعامل:

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				

التاريخ:

الساعة:

اسم الطبيب المعالج

التاريخ:

الساعة:

اسم وتوقيع فني المعمل:

التاريخ:

الساعة:

تاريخ الاستلام والنتيجة:

اعتماد مدير المعامل:

مستشفى / عيادة:

--	--	--	--	--	--

النوع: ذكر / أنثى السن:

القسم / العيادة:

Microbiology Investigation

Provisional diagnosis:

Urine	Blood	CSF	Sputum	Stool	Swab	Others

Organisms	Antibiotic	Sensitivity			
		++++	+++	++	Resistant
1.	Penicillin				
2.	Cloxacillin				
3.	Ampicillin				
	Carbenicillin				
	Cephalexin				
	Cephalexin				
	Cephalexin				
	Clindamycin				
	Tetracyclines				
	Erythromycin				
	Chloramphenicol				
	Nalidixic acid				
	Nitrofurantoin				
	Cotrimoxazole				
	Gentamycin				
	Tobramycin				
	Ciprofloxacin				

اسم الطيب المعالج

اسم وتوقيع فني المعمل:

تاريخ الاستلام والنتيجة:

اعتماد مدير 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:

اسم الطبيب المعالج
اسم وتوقيع فني المعمل:
تاريخ الاستلام والنتيجة:

الساعة:
الساعة:
الساعة:

التاريخ:
التاريخ:
التاريخ:

اعتماد مدير المعامل:

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:

اسم الطبيب المعالج	الساعة:	التاريخ:
اسم وتوقيع فني المعمل:	الساعة:	التاريخ:
تاريخ الاستلام والنتيجة:	الساعة:	التاريخ:
اعتماد مدير المعامل:		

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:

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج المخازن

مستشفى / عيادة:			
طلب صنف جديد من المخازن	إلى مدير المخازن: من:	الرقم:	ملحوظة: يرفق معه طلب صرف مواد
يستكمل بواسطة الطالب:			
الكمية:	وحدة الصرف:	وصف الصنف:	
هل يمكن استخدام هذا:	المتوقع أن يكون الاستهلاك الشهري: الكمية:		
نعم: لا:			
رقم الكتالوج:	الاسم التجاري	العنوان: الاتصال ب :	الصانع: المورد:
توقيع رئيس القسم: التاريخ:	منتج جديد:	بدل عن صنف:	سبب الطلب:
توقيع مدير المخازن: التاريخ:	رقم الصنف بالمخازن:	متوفر بالمخازن:	هل يوجد صنف مشابه بالمخازن: نعم: لا:
توقيع مدير المشتريات: التاريخ:	تم اعتماد الصنف بواسطة لجنة وضع معايير وتقييم استخدام الصنف: محضر رقم: تاريخ: مرجع:		
الحد الأدنى: كمية الطلب المبدئي:	المخزون الأمني: حد إعادة الطلب: الحد الأقصى:	تم التسجيل ببطاقة مراقبة المخزون:	رقم الصنف المعتمد:
رواج واعتمد: مدير المخازن: التاريخ:	رقم طلب شراء أصناف من المخزن:	تم ادراجه ببطاقة مراقبة المخزون:	
توزيع الصور: المخزن / الطالب / الشئون المالية			

السجلات الطبية - مرفقات - نماذج المخازن

[illegible]

مستشفى / عيادة:									
أمر شراء									
تم طلب شراء: القسم: مركز التكلفة: التسليم بالمستشفى:				رقم أمر الشراء: التاريخ:			إلى: أرجو توريد الأصناف التالية طبقاً للشروط المنصوص عليها سابقاً.		
كل الأصناف يجب توريدها طبقاً للمواصفات ولن يسمح بأي تغيير أو تبديلي المواصفات والأصناف المرفوضة يجب استبدالها فوراً وبدون أي نفقات إضافية.				الرقم المذكور أعلاه يجب أن يكتب على الفواتير وأوامر الشراء وأوامر التسليم والمراسلات					
القيمة		سعر الوحدة		اجمالي السعر		الكمية المطلوبة		الوصف	
جنيه	مليم	جنيه	مليم	جنيه	مليم	رقم الصنف		مسلسل	
مجموع الخصم:		اجمالي أمر الشراء:		الصافي المدفوع:		اعتماد		تم إعداده بواسطة:	
التوقيع:		التوقيع:		التاريخ:		التوقيع:		التاريخ:	
رقم عرض الأسعار أو المناقصة:		مرجع:		التاريخ:		عند الاستلام يجب ألا تقل مدة الصلاحية عن ثلثي المدة الأصلية.		كل الفواتير ترسل للحسابات	
شروط الدفع									
توزيع الصور: المورد / الشؤون المالية / الملفات / المشتريات / الطالب									