

درباره مدارک پزشکی

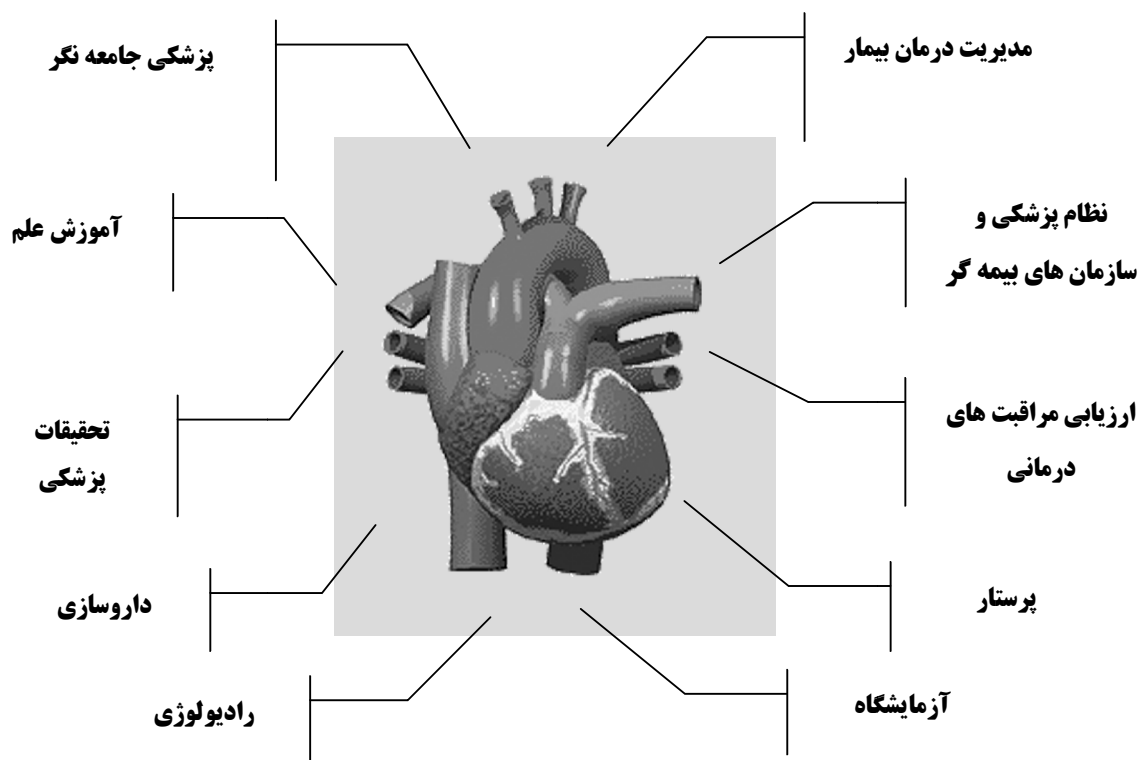
نقش اطلاعات و اطلاع رسانی در نظام ملی بهداشت و درمان به قدری حیاتی و تعیین کننده است، که گاهی اوقات ارزش آن را می توان به اندازه نجات انسانی از مرگ برشمرد. داشتن اطلاعات واقعی از وقایع و حوادث منجر به جراحات و بیماری ها و اقدامات انجام شده اولیه در کمک به کادر درمانی بسیار مثمر بوده و در جهت نجات جان مصدومین و مجروحین و... کارگشایی فوق العاده ای دارد.

مدارک پزشکی (به مفهوم پرونده درمانی بیمار) اوراقی هستند استاندارد از نظر اندازه، کیفیت و کمیت که در زمان پذیرش بیمار در یک مرکز بهداشتی- درمانی به طور کامل خدمات ارائه شده به بیمار در آن ها توسط عوامل مختلف ثبت می گردد و از آن به عنوان پل ارتباطی بین تخصص ها و عوامل مختلف بهداشتی- درمانی برای تأمین مقاصد مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی و استفاده بهینه از امکانات و منابع سیستم بهداشت و درمان کشور استفاده می گردد.

از دیدگاه حرفه ای مدارک پزشکی عبارت است از تخصصی که بر اساس یک زبان مشترک و استانداردهای مستندسازی، مسئولیت ثبت خدمات و اقدامات درمانی ارائه شده به بیماران را برعهده داشته و نسبت به جمع آوری، طبقه بندی، بایگانی، بازبایی و تبادل اطلاعات بین عوامل مختلف کادر درمان و مراکز بهداشتی- درمانی کشور فعالیت می نماید.

نقش مدارک پزشکی در کمک به سایر تخصص های درمانی

مدارک پزشکی به منزله قلب یک سیستم بهداشتی - درمانی و اطلاعات به مثابه خونی است که توسط این قلب به کلیه تخصص های درمانی و اداری فرستاده می شود.



به همان اندازه که خون برای تداوم حیات انسان ضروری است؛

اطلاعات و اطلاع رسانی نیز برای بقای هر سازمان و سیستم و خصوصاً بیمارستان ضرورت دارد.

تعریف و اهمیت مدارک پزشکی

تعریف مدارک پزشکی بر اساس مزایا و ارزش افزوده ای که در فرایند بهداشت و درمان و کمک به عوامل اجرایی آن به عهده دارد شکل می گیرد و از ابعاد مختلف می توان به ارزش و اهمیت مدارک پزشکی و نقش آن در نظام ملی بهداشت و درمان و همچنین وظایفی که در محیط های درمانی به عهده دارد، توجه نمود. تعاریف زیر بر اساس این واقعیت ها ارائه شده است:

مدارک پزشکی از دیدگاه بیمار

مدارک پزشکی عبارت است از مجموعه ای از اوراق (پرونده درمانی بیمار)؛ که اقدامات مختلف درمانی بیمار در فرایند درمان وی در آن ثبت می گردد و بیمار از آن برای ادامه درمان خود در بیمارستان ها و مراکز دیگر و احقاق حقوق خویش در محافل قضایی و اداری استفاده می نماید.

مدارک پزشکی از دیدگاه کادر درمانی

مدارک پزشکی عبارت است از اوراقی استاندارد که اقدامات مختلف درمانی ارائه شده به بیمار توسط خود آن ها و بر اساس اصول علمی در آن ثبت می گردد و از آن برای مدیریت درمان بیمار، ارتباط بین نیروها، شناخت بیماری ها، تأثیر داروها، ارزشیابی اقدامات خود و حل و فصل دعاوی بین بیمار از یک طرف و کادر درمانی از طرف دیگر استفاده می شود.

مدارک پزشکی از دیدگاه مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی

مدارک پزشکی اسنادی است که نشان دهنده میزان انواع اقدامات ارائه شده به بیمار در محیط های درمانی است و از آن برای شناخت فعالیت های انجام شده در حیطه مدیریت خود، ارزیابی فعالیت ها و مقایسه با استانداردهای موجود برای کاهش هزینه ها و افزایش کیفیت خدمات استفاده می نمایند و به لحاظ این که مدارک پزشکی حائز شرایط تنظیم اسناد رسمی کشور است، مدیریت از آن برای دفاع از خود و مراکز بهداشتی- درمانی علیه دعاوی مطرح شده در دادگاه ها نیز استفاده می نماید.

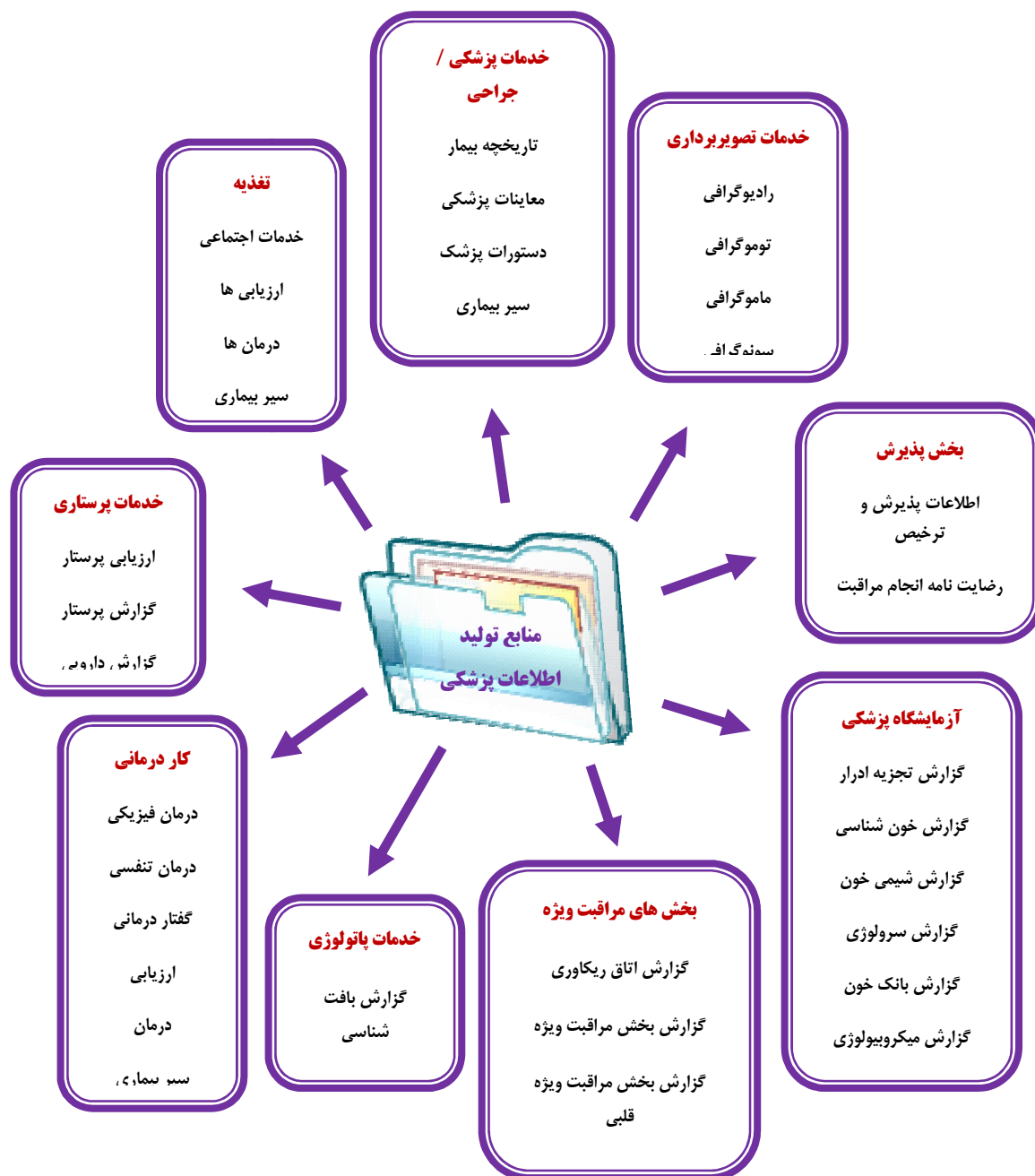
مدارک پزشکی از دیدگاه نظام پزشکی

مدارک پزشکی اسنادی منحصر به فرد از اطلاعات مراحل مختلف درمان بیمار است که امکان بررسی و ارزیابی اقدامات و خدمات درمانی ارائه شده در محیط های درمانی را با استانداردهای موجود فراهم می نماید و بر اساس نتایج حاصل از آن تصمیمات تخصصی در جهت احقاق حقوق بیمار، پزشک و... توسط کارشناسان نظام پزشکی اتخاذ می شود.

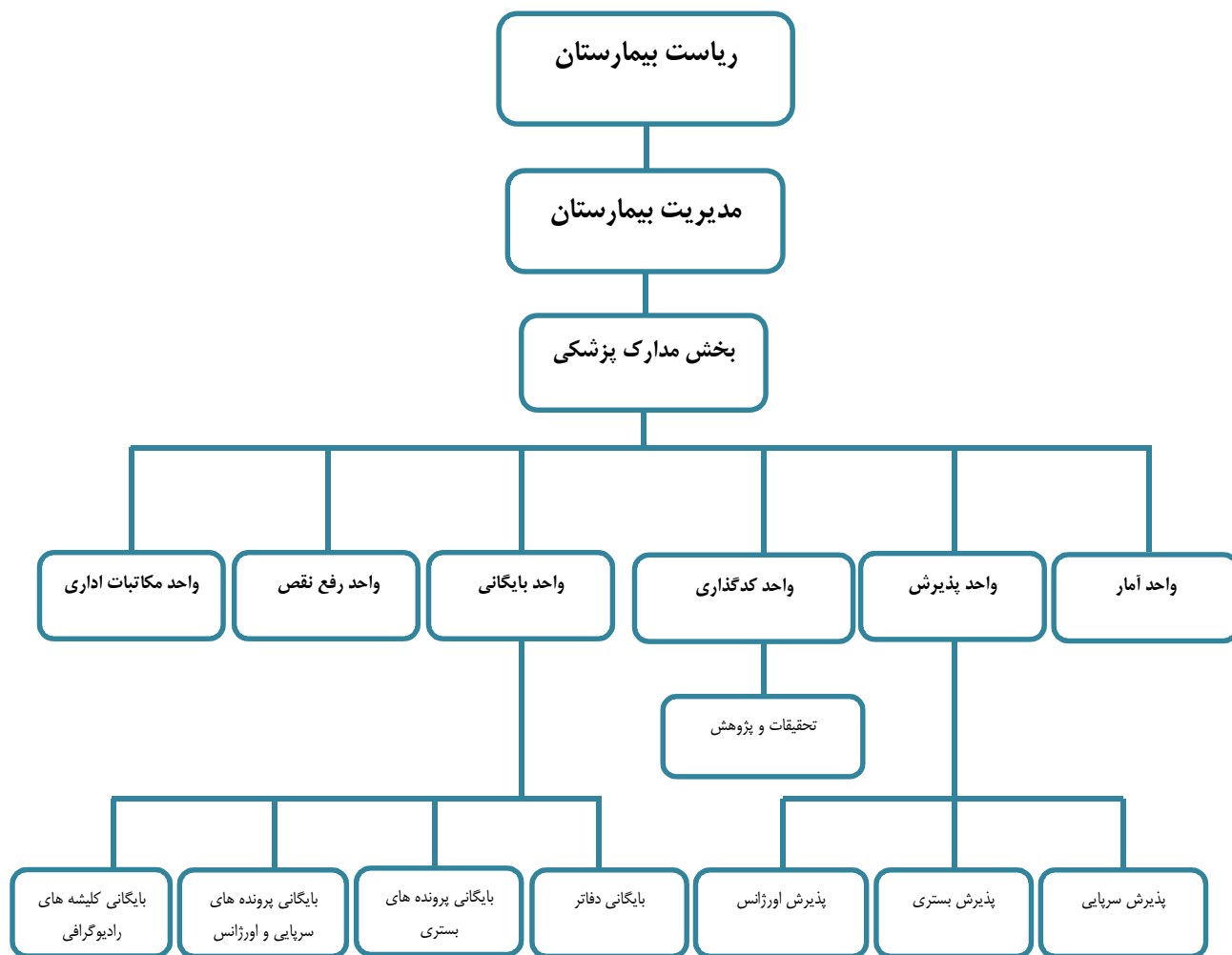
اهمیت مدارک پزشکی

۱. به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت بیمار
۲. به عنوان ابزار ارتباطی بین پزشکان و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند.
۳. جهت تهیه مدارک مستند از جریان بیماری و درمان بیمار
۴. به عنوان اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی
۵. جهت کمک و پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کارکنان مسئول
۶. جهت تهیه اطلاعات برای استفاده در هزینه های درمانی
۷. آموزش و پژوهش

منابع تولید اطلاعات پرونده پزشکی



چارت تشکیلاتی و واحدهای زیر مجموعه بخش مدارک پزشکی



پیامبر گرامی اسلام درباره گرانشنگ بودن نگارش چنین می فرمایند:

«هرگاه مؤمنی بمیرد و از او تنها یک ورق که بر آن علمی نگاشته شده باشد باقی بماند، همان یک ورق سپری بین او و آتش جهنم خواهد بود.

اهمیت مستند سازی مدارک پزشکی

یکی از ارزشمندترین ابزارهای مهم جهت کسب تجربه در علم طب ثبت داده های پزشکی است. ثبت این یادداشت ها نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار داشته و رابط بین پزشک و سایر گروه هایی است که در امر درمان و مراقبت از بیمار سهیم هستند. همچنین این مدارک اسنادی قانونی است که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان بیماری ثبت می گردند.

از اهداف اولیه نظام اطلاعات بهداشتی و مدارک پزشکی، ارائه اطلاعات کامل، معتبر، مناسب و کافی و به موقع برای مدیران بیمارستان ها، پزشکان، پزشکی قانونی، نظام پزشکی و تحقیقات و پژوهش های علمی برای کادر پزشکی، اعضاء هیئت علمی، کادر پیراپزشکی و دانشجویان است و بیانگر سیر بیماری ها و درمان می باشد. راه دستیابی به هدف فوق مستندسازی مدارک پزشکی است که رعایت قوانین مستندسازی برای مستندسازان پزشکی بالاخص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار اعم از بیماری های فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان با استفاده از این قوانین به درستی ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند.

مستندسازی مدارک پزشکی پیرو اصول و قوانینی است که به واسطه رعایت این قوانین می توان پرونده های کامل و مستند را تنظیم نموده و از اطلاعات آن با اطمینان و اعتماد استفاده نمود.

قوانین مستندسازی به شرح ذیل بیان شده اند:

۱. توصیفی باشد.
۲. صریح باشد.
۳. از نقل قول مستقیم استفاده شود.
۴. به هنگام باشد.
۵. واضح و مداوم باشد.
۶. اشتباهات مستندسازی ثبت شود.
۷. کلیه اطلاعات مربوطه ثبت شود.
۸. محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد.

مدارک پزشکی و جنبه های قانونی

این قابلیت مدارک پزشکی را می توان به تمام عوامل فرایند درمان، بیمارستان ها و سایر مراکز و اداراتی که به نوعی در مسایل حقوقی بیمار و کادر درمانی و هزینه های درمان بیمار و... ذینفع هستند، ارتباط داد.

کاربردهای حقوقی و قضایی مدارک پزشکی را می توان به شرح زیر برشمرد:

۱. مدارک پزشکی به عنوان سندی در دفاع از حقوق بیمار در مراکز قضایی
۲. مدارک پزشکی برای احقاق حقوق پزشک و کادر درمانی
۳. مدارک پزشکی به عنوان شاهی در دفاع از مدیریت بیمارستان ها در برابر اقامه دعوی بیماران
۴. مدارک پزشکی و پزشکی قانونی
۵. مدارک پزشکی و مراکز اداری و حوزه نظام وظیفه
۶. مدارک پزشکی و سازمان های بیمه گر
۷. مدارک پزشکی و کشف جرایم

مدارک پزشکی و تحقیقات پزشکی

تحقیقات در تمام صنایع به ویژه صنعت بهداشت و درمان از اهمیتی خاص برخوردار است و لازمه توسعه و تکامل سازمانی می باشد.

تحقیقات در زمینه بهداشت و درمان که بستگی به توسعه بهداشت و تأمین سلامت انسان دارد، اولویتی برتر از تحقیقات سایر موارد دارد. انجام تحقیقات مختلف و بررسی میزان وقوع بیماری ها، نوع روش های درمانی انجام شده، تأثیر داروهای مختلف و بررسی روش های جراحی جزء مواردی هستند که موجب ارتقای کیفیت خدمات، استفاده بهینه از امکانات و منابع بهداشت و درمان و توسعه و پیشرفت سیستم بهداشت و درمان کشور می شود.

تنها ابزار موجود در زمینه انجام تحقیقات گذشته نگر بالینی در مراکز درمانی و بیمارستان های کشور اطلاعات پرونده یا مدارک پزشکی است و محققین تحقیقات بالینی با استفاده از داده های موجود در مدارک پزشکی به اطلاعات موردنیاز تحقیق خود دسترسی پیدا می کنند.

مالکیت و محرمانگی مدارک پزشکی

مالکیت مدارک پزشکی

مدارک پزشکی دارایی فیزیکی مؤسسه مراقبت بهداشتی است و اطلاعات آن جزء مایملک بیمار می باشد.

محرمانگی مدارک پزشکی

محرمانه بودن یکی از جنبه های قانونی مدارک پزشکی است و یکی از مهمترین مسئولیت های کارکنان اطلاعات بهداشتی این است که محرمانه بودن مدارک پزشکی را حفظ نمایند.

انگیزه استاندارد کردن مدارک پزشکی در ایران

۱. استفاده بیمارستان ها از فرم های متعدد و متنوع و عمدتاً نامتناسب و بعضاً غلط
۲. تغییر فرم به علت سلیقه های مختلف و در نتیجه اتلاف بودجه برای چاپ فرم های جدید
۳. وقت گیر بودن چاپ فرم ها به علت وجود تشریفات و مراحل اداری که برای هر فرم مدتی به طول می انجامد.
۴. وجود اختلاف و مغایرت زیاد بین نمونه فرم های داده شده برای چاپ فرم های آماده شده و در نتیجه لطمه شدید به سیستم های نگهداری مدارک پزشکی
۵. محدودیت های اقتصادی کمبود کاغذ کشور
۶. اتلاف بودجه زیاد به دلیل چاپ هر فرم خاص به وسیله هر بیمارستان
۷. کافی نبودن اطلاعات پزشکی در پرونده بیماران به علت وجود فرم های غلط
۸. قابل استفاده نبودن بیشتر اطلاعات پرونده بیماران برای دانشجویان، کارورزان و دستیاران برای مقاصد پژوهشی و آموزشی
۹. به هم ریختگی سیستم ها و روش های مدارک پزشکی به دلایل فوق

نقش فرم ها در بیمارستان

داده ها لازمه حیات مؤسسات ارائه کننده مراقبت های پزشکی و بهداشتی است که شامل داده های پزشکی، اداری، مالی، مدیریتی و اجرایی می باشند. این داده ها به طور مکرر جمع آوری شده و جریان می یابند یا از طریق فرم ها به استفاده کنندگان ارائه می گردند. البته به علت تنوع فرم ها و با توجه به نیازهای مختلف، استفاده های متفاوتی از آن ها می شود.

طراحی نامناسب فرم ها منجر به جمع آوری ناکافی داده ها، سهل انگاری در مستندسازی، فراهم آوردن اطلاعات غلط، دوباره کاری و نیز اشتباهات اساسی خواهد شد. بنابراین سیستم های طراحی و کنترل فرم ها باید وجود داشته باشد تا سبب اطمینان خاطر گردد که هر فرم به منظور معینی به کار رفته و تنها فرم های مورد نیاز نگهداری می شوند و همه فرم ها به آسانی در اختیار استفاده کنندگان قرار می گیرد.

فواید برنامه استاندارد فرم ها در ایران

استانداردسازی فرم های پرونده در ایران محاسن زیر را به دنبال دارد:

۱. صرفه جویی قابل ملاحظه در هزینه های چاپ فرم
۲. رهایی بیمارستان ها از گرفتاری ها و وقت گیری های مربوط به مراحل چاپ فرم ها
۳. صحیح و قابل استفاده بودن اطلاعات فرم ها از لحاظ پزشکی، درمانی، آموزشی و پژوهشی
۴. کارایی بیشتر کادر درمانی شاغل به لحاظ کار با فرم های یک شکل
۵. جلوگیری از اتلاف بودجه برای چاپ فرم های متفرقه و احیاناً غلط
۶. بهبود وضع کلی مدارک پزشکی در بیمارستان های کشور

ارزیابی کمی و کیفی مدارک پزشکی و اهمیت آن در خدمات بهداشتی و درمانی

هدف از بررسی پرونده پزشکی ایجاد مدارک پزشکی کامل، دقیق و به روز می باشد. بررسی های کمی و کیفی، مرور مستندات پرونده های پزشکی جهت کمک به کادر درمان برای اصلاح امر مستندسازی پرونده هاست. این بررسی ها باعث تکمیل مدارک پزشکی به وسیله پرسنل مراقبت درمانی و بهبود مستندسازی می گردد.

روش های بررسی و تکمیل مدارک پزشکی بایستی ثبت گردد. به همین جهت چک لیستی برای تعیین موارد ثبت شده توسط پزشکان و برای شناسایی هرگونه نقص معمولی تشخیص، درمان و خدمات پرستاری استفاده می شود، چرا که هدف از بررسی پرونده پزشکی ایجاد مدارک پزشکی کامل، دقیق و به روز می باشد.

بررسی های کمی و کیفی؛ مرور مستندات پرونده های پزشکی جهت کمک به کادر درمان برای اصلاح امر مستندسازی پرونده هاست. این بررسی ها باعث تکمیل مدارک پزشکی به وسیله پرسنل مراقبت درمانی و بهبود مستندسازی می گردد.

پرونده پزشکی از فرم های متنوع و ویژه ای برای مراقبت و مداوای بیماران ویژه تشکیل شده است. قبل از ترخیص بیمار و بایگانی نهایی، پرونده پزشکی باید از نظر تکمیل اجزاء مورد بررسی قرار گیرد. این روند فرآیند تجزیه و تحلیل کمی و کیفی پرونده نامیده می شود.

لیست نواقص که به پرونده پزشکی الصاق شده است، پزشک معالج را وادار می سازد که با صرفه جویی در زمان، پرونده پزشکی خود را تکمیل نماید.

روش های اعلام نقص پرونده:

۱. تنظیم فرم هایی والصاق بر روی پرونده (رایج ترین روش)

۲. الصاق نوار یا برچسب هایی بر روی پوشه

۳. الصاق برچسب هایی مستقیماً روی مدرک مورد نظر

کمیته مدارک پزشکی

الف: اعضاء

۱. رئیس بیمارستان
۲. مدیر بیمارستان یا نماینده تام الاختیار وی
۳. مسئول مدارک پزشکی (دبیر جلسه)
۴. مترون یا سوپروایزر آموزشی از دفتر پرستاری
۵. معاون آموزشی بیمارستان
۶. رؤسای بخش های بالینی (حسب مورد)

ب: شرح وظایف

۱. پیشنهاد تغییر، اصلاح و یا ایجاد فرم های مدارک پزشکی به شورای مدارک پزشکی دانشگاه ذیربط
۲. ارزیابی نحوه ارائه خدمات پزشکی به بیماران از طریق پرونده پزشکی آن ها مطابق استانداردهای موجود
۳. تعیین خط مشی های اصولی در زمینه تکمیل پرونده های ناقص بیماران و پیگیری مستمر به منظور حسن اجرای کار
۴. بررسی روند بهینه سازی سیستم ذخیره و بازیابی اطلاعات مندرج در پرونده پزشکی بیماران و ارائه پیشنهادات اصلاحی به شورای مرکزی مدارک پزشکی دانشگاه
۵. حمایت قانونی از بیمارستان، کادر درمانی و بیماران
۶. همکاری با شورای پزشکی، آموزشی و کمیته های بیمارستانی در جهت پیشبرد اهداف مرکز آموزشی و درمانی
۷. فراهم نمودن زمینه مساعد در خصوص استفاده مطلوب از محتوای مدارک پزشکی بیماران جهت وصول اهداف آموزشی و پژوهشی منطبق با خط مشی های ارائه اطلاعات مصوب انجمن علمی مدارک پزشکی ایران
۸. بررسی امکانات موجود و اقدام در جهت تأمین تجهیزات و ملزومات مورد نیاز بخش مدارک پزشکی
۹. حمایت و پشتیبانی در ایجاد زمینه مساعد به منظور رایانه ای نمودن سیستم مدارک پزشکی
۱۰. ایجاد زمینه مساعد به منظور تحقق اهداف پزشکی جامعه نگر مرتبط با فعالیت های بخش مدارک پزشکی
۱۱. فراهم نمودن زمینه مناسب به منظور تحقق اهداف طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس به طور هماهنگ با سایر بخش های بیمارستان
۱۲. ایجاد زمینه لازم جهت همکاری مطلوب به منظور تأمین مقاصد مالی مرکز آموزشی و درمانی
۱۳. بررسی و تعیین خط مشی های سایر فعالیت های بخش مدارک پزشکی در ارتباط با نحوه عملکرد مرکز آموزشی و درمانی
۱۴. پیگیری و اجرای وظایف محوله از طرف شورای مرکزی مدارک پزشکی دانشگاه، تهیه و ارسال گزارش ماهیانه به آن شورا

اخلاق حرفه ای مدارک پزشکی

قسم نامه بقراط:

« آنچه در حین انجام دادن حرفه خود و حتی خارج از آن درباره زندگی مردم خواهم دید و یا خواهم شنید که نباید فاش شود، به هیچکس نخواهم گفت؛ زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد.»

حفظ اسرار بیمار و جلوگیری از اشاعه آن از وظایف قانونی و فطری پزشک و کادر پیراپزشکی وابسته به درمان و اطلاعات پرونده بیماران است.

کادر مدارک پزشکی بیمارستان ها یکی از مصادیق اصلی در مورد رازداری هستند. پرونده های بیماران هرکدام گنجینه اسرار آن هاست؛ زیرا تمام اطلاعات خصوصی و خانوادگی بیماران از لحظه پذیرش و در حین درمان و تا زمان ترخیص در پرونده ثبت می شود و پس از ترخیص این پرونده محرمانه به صورت امانت به مدارک پزشکی سپرده می شود. از آن مهم تر کارکنان مدارک پزشکی در خصوص حفظ اسرار بیمار و جلوگیری از افشای اطلاعات به افراد نامحرم حداقل برای ۱۵ سال مسئولیت تخصصی دارند.

منشور حقوقی بیمار

۱. بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
۲. بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد
۳. بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.
۴. بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.
۵. بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
۶. بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید.
۷. بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موکول به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
۸. بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
۹. بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
۱۰. بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تجربه‌ها و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

رضایت و رضایت نامه

رضایت در لغت به معنی تسلیم شدن، موافقت و خرسندی است.

رضایت در اصطلاح حقوقی عبارت است از تمایل قلب به طرف یک عمل حقوقی که سابقاً انجام شده یا الان انجام می شود یا بعداً واقع خواهد شد.

رضایت بیمار

یعنی تمایل قلبی و موافقت فرد مبنی بر اینکه تعرضی بر خلاف قانون علیه حقوق و آزادی های وی انجام شود.

رضایت نامه

عبارت است از امضاء مدرکی که بیمار قبل از تن دادن به هرگونه درمانی از کلیه خطرات عمل، راه های درمانی و جایگزین و خطرات آن توسط پزشک آگاهی پیدا کند.

عنصر قانونی رضایت

بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی:

هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخصی یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آن ها و رعایت موازین فنی و عملی و نظامات دولتی انجام شود جرم نخواهد بود.

انواع رضایت:

۱. رضایت ضمنی یا تلویحی

۲. رضایت صریح یا آشکار

الف: رضایت ضمنی یا تلویحی

رضایتی است که بیمار آن را با عمل یا گفتار خود نشان می دهد. به مجرد این که بیماری از بین پزشکان متعدد فرد خاصی را انتخاب کرده و جهت معاینه به مطب او مراجعه می کند نشانگر رضایت تلویحی او به اقدامات تشخیصی و درمان توسط اوست.

ب: رضایت صریح یا آشکار

رضایتی است که به موجب آن بیمار به پزشک خود اختیار می دهد تا نسبت به معالجه بیماری خاص وی اقدام نماید. در این نوع رضایت، پزشک رأساً به طور روشن و صریح مبادرت به اخذ رضایت از بیمار می نماید که می تواند مکتوب یا شفاهی باشد.

رضایت آگاهانه چیست؟

رضایت آگاهانه موافقت بیمار به منظور اجازه انجام مواردی مانند جراحی است. این رضایت باید بر اساس افشای کامل حقایق مورد نیاز در ارتباط با عمل جراحی، عوارض و امکان موفقیت یا عدم موفقیت باشد تا بر اساس آن اطلاعات، تصمیم گیری هوشمندانه و با آگاهی صورت بگیرد. در پزشکی در بیشتر حوزه های قضایی هر فرد بزرگسال و عاقلی حق دارد تعیین کند با بدنش چه کنند و چه نوع درمان پزشکی را برایش اعمال نمایند.

معیارهای کسب رضایت آگاهانه از جریان و فرآیند درمان:

۱. بیمار باید داوطلبانه رضایت دهد.
۲. بیمار باید توانایی دادن رضایت را داشته باشد.
۳. بالغ باشد.
۴. در مواردی که بیمار خردسال است، یا بالغی که توانایی رضایت ندارد؛ والدین، وکیل دادگستری با قیم قانونی بیمار باید رضایت دهد.
۵. بیمار باید درک کامل و بصیرت کلی از مداخلات پزشکی و خطرات جانبی، منافع و شیوه های گوناگون درمانی داشته باشد.
۶. ارائه دهندگان خدمات پزشکی باید قبل از انجام هر مداخله پزشکی «رضایت آگاهانه» را از بیمار اخذ نمایند.
۷. ارائه دهندگان خدمات پزشکی باید رضایت نامه را مستند نمایند. برای این منظور رضایت نامه امضاء شده که توافقی است بین «خدمت دهنده» و «دریافت کننده خدمت» باید تنظیم گردد.

رضایت نامه در موارد خاص

رضایت همسر: در مواردی که بر روی حقوق ناشی از ازدواج تأثیر می گذارد مانند: عقیم سازی، هیستریکتومی، توبکتومی، وازکتومی، سقط جنین و ...

رضایت نامه در موارد اورژانسی

در صورتی که بیمار هوشیار نباشد و فرصت کافی برای اطلاع به اولیاء وی وجود نداشته باشد بهتر است به اطلاع مقامات قضایی رسانده شود و مجوزی جهت اقدامات درمانی دریافت گردد. اگر برای اطلاع دادن به مقامات قضایی فرصت کافی وجود نداشته باشد با سه پزشک کمیسیون پزشکی تشکیل می شود. و در موارد خیلی اورژانسی که فرصت برای هیچ کاری وجود نداشته باشد پزشک موظف است بدون هیچ رضایت نامه ای درمان را شروع کند.

برائت نامه

چنان چه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضوی گردد در صورتی که پزشک بر اساس موازین علمی و فنی عمل کرده باشد مقصر نیست.

امحاء

وقتی عمر قانونی پرونده های پزشکی به پایان برسد؛ آن گاه سازمان مراقبت بهداشتی یا بیمارستان می تواند با رعایت برخی الزامات قانونی به امحاء یا از بین بردن آن ها اقدام کند.

مراحل اجرایی و اداری امحاء مدارک و دفاتر پزشکی

۱. در سطح بیمارستان
۲. در سطح ستاد دانشگاه
۳. در سطح وزارت بهداشت
۴. در سطح سازمان اسناد کتابخانه ملی

در سطح بیمارستان

۱. بررسی سن قانونی مدارک و دفاتر پزشکی مشمول قانون امحاء
۲. بررسی نحوه امحاء و لزوم اهمیت آن در کمیته مدارک پزشکی
۳. بررسی جهت ایجاد فضای مناسب جهت انتقال پرونده ها از بایگانی جاری به نیمه جاری و راکد
۴. بررسی قوانین و بخش نامه های موجود جهت استخراج مدت زمان نگهداری مدارک و دفاتر پزشکی
۵. در صورتی که دستورالعمل و یا قانون برای برخی از مدارک و دفاتر پزشکی موجود نیست پس از بررسی های اداری و مشاوره ای و در صورت مطمئن شدن از نبود دستورالعمل باید فرم درخواست مجوز امحاء برای واحد مدیریت اسناد دانشگاه ارسال گردد تا مراحل اداری آن جهت اخذ مجوز در نهایت از سازمان اسناد ملی طی گردد.

عوامل مؤثر بر امحاء پرونده

۱. نوع مؤسسه
۲. تعداد پرونده ها (میزان افزایش سالانه)
۳. برآورد هزینه های نگهداری
۴. میزان فضای موجود
۵. فعالیت های تحقیق که بر روی پرونده انجام می شود.
۶. قانون
۷. نوع پرونده (جانبازان، روانی، سوختگی و...)

مراحل امحاء پرونده

۱. گذشت مدت زمان نگهداری قانونی بر اساس نوع پرونده
۲. تهیه خلاصه پرونده یا جداسازی اوراق پذیرش، شرح حال، شرح عمل
۳. جدا نمودن اوراق قابل امحاء از اوراقی که باید نگهداری گردد.
۴. تکمیل فرم درخواست امحاء اوراق پرونده
۵. ارسال فرم درخواست امحاء اوراق به واحد اسناد ملی معاونت پشتیبانی دانشگاه مربوطه
۶. دریافت مجوز امحاء
۷. امحاء اوراق به وسیله سوزاندن یا خمیرکاغذ در کارخانه مقواسازی با حضور نمایندگان اسناد ملی دانشگاه و بیمارستان
۸. تکمیل و تأیید صورتجلسه امحاء اوراق
۹. نگهداری صورتجلسه امحاء برای همیشه
۱۰. نگهداری خلاصه پرونده های تهیه شده

مدت زمان نگهداری اوراق و پرونده های بیمارستانی

پرونده بیماران بستری ۱۵ سال پس از آخرین مراجعه

پرونده اطفال تا رسیدن به سن بلوغ و رفع موارد قانونی

پرونده بیماران سرپایی ۵ سال پس از آخرین مراجعه

پرونده بیماران عادی اورژانس ۲ سال پس از ترخیص

دفاتر گزارش بخش های بستری ۲ سال

دفاتر پذیرش و ترخیص برای همیشه

گزارشات آماری روزانه ۲ سال

گزارشات آماری ماهیانه ۵ سال

گزارشات آماری سالیانه برای همیشه

فیلم های رادیوگرافی عادی بیماران ۱۰ سال

فیلم های رادیوگرافی آموزشی ۱۵ سال

گواهی فوت در پرونده بیمار (۱۵ سال)

دفاتر اتاق زایمان برای همیشه

پرونده بستری مجروحین جنگی، جانبازان برای همیشه

بیماران روانی، سوختگی و قلبی برای همیشه

نکته:

- * کلیه تصویر برداری ها، کپی آزمایشات، کپی خلاصه پرونده بایستی زمان ترخیص تحویل بیمار گردد.
- * آزمایشات و تصویر برداری قبلی به بیمار تحویل می گردد. (بیمارستان در صورت لزوم کپی تهیه نماید.)