

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الفرات الأوسط التقنية
المعهد التقني / ديوانية
قسم تقنيات الإدارة الصحية
المرحلة الأولى / الدراسة الصباحية والمسائية (الكورس الثاني)

محاضرات مادة
((التوثيق الصحي))

من إعداد
أ.م.د. خيريه عبد فضل الخالدي
2024/2023



الساعات التدريسية				1	السنة الدراسية	اسم المادة	
عدد الوحدات	مج الساعات	التطبيقية	العملية	2	الفصل الدراسي	التوثيق الصحي	بالعربية
3	3	2		1	العربية	Health Documentation	بالإنكليزية

الأسبوع	التفاصيل
الأول	مفهوم التوثيق الطبي تعريف السجل الطبي وأهميته وأهدافه
الثاني	تاريخ السجلات الطبية
الثالث	مفهوم السجل الطبي ، الغرض من السجلات الطبية وأهميتها في المؤسسات الصحية ، مميزات السجلات الطبية
الرابع	المركزية واللامركزية في حفظ السجلات الطبية
الخامس	نظم المعلومات في المستشفى من حيث التعريف والنوع والمكونات
السادس	أنواع المستشفيات والتنظيم الإداري للمستشفى
السابع	المعلومات الإدارية والاجتماعية والطبية والنماذج الطبية الأساسية (نموذج الدخول والخروج، التفويضات، السيرة المرضية، أوامر الطبيب، الفحص السريري، ملاحظات التقدم ،)
الثامن	ترقيم وحفظ السجلات الطبية من حيث طرق الترقيم وطريق الحفظ واستخدام اللوحات التوجيهية ومراقبة حركة السجلات الطبية ومتابعتها
التاسع	الترتيب والمراجعة الكمية والنوعية للسجلات الطبية مع التركيز على السجل الطبي الموجه من حيث المكونات والفوائد والصعوبات
العاشر	الإحصاءات الطبية من حيث الأهمية ودور قسم السجلات الطبية في إعدادها وتصنيفها وكتابة التقارير الإحصائية الشهرية
الحادي عشر	الإحصاءات الطبية من حيث الأهمية ودور قسم السجلات الطبية في إعدادها وتصنيفها وكتابة التقارير الإحصائية الشهرية
الثاني عشر	الإحصاءات الطبية من حيث الأهمية ودور قسم السجلات الطبية في إعدادها وتصنيفها وكتابة التقارير الإحصائية الشهرية
الثالث عشر	الإحصاءات الطبية من حيث الأهمية ودور قسم السجلات الطبية في إعدادها وتصنيفها وكتابة التقارير الإحصائية الشهرية
الرابع عشر	المتطلبات القانونية وتكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها العملية في السجل الطبي
الخامس عشر	أقسام السجلات الطبية من حيث واجبات قسم السجل الطبي وتصميمه ومساحته ومحتوياته

الأسبوع الأول

مفهوم التوثيق الطبي/ تعريف السجل الطبي - أهميته - أهدافه

مفهوم التوثيق الطبي

عند حدوث مرض أو وضع طبي مفاجئ عند شخص ما، يجب توثيق جميع تفاصيله في الملفات الطبية التابعة لهذا الشخص، منذ لحظة وصوله إلى غرفة الطوارئ أو حتى تلقيه العلاجات الطبية اللازمة على يد الطاقم الطبي المعالج.

خلال فترة العلاج، يلتقي الشخص المعالج مع العديد من الأشخاص المهنيين، الذين يقومون بتقديم العلاج أو بمتابعة حالة المعالج وفقاً للشرح المذكور في ملفاته الطبية. لذلك من المهم إجراء توثيق دقيق ومفصل لحالة المعالج، الإجراءات الطبية والفحوصات المختلفة التي يتم إجراؤها، المناقشات الحاصلة بين أفراد الطاقم حول حالة المعالج وجميع المعلومات الأخرى التي تتعلق بوضع المعالج الطبي.

ويعرف التوثيق الطبي بأنه (عبارة عن جمع المعلومات والبيانات وتوثيقها وتثبيتها في سجل طبي ورقي وإلكتروني، مع تجديد ادخال وتحديث البيانات في كل مرة).

السجل الطبي

يعرف على أنه (توثيق للقاء المهني الحاصل بين المعالج أو الأشخاص المؤهلين مهنيًا مع الشخص المعالج، أو توثيق للقاء مهني بين المعالجين أو الأشخاص المؤهلين أنفسهم).

أهمية استخدام السجلات الطبية :

1. السجل الطبي كأداة لتخطيط وتنفيذ ومتابعة برنامج الرعاية الطبية للطبيب والفريق الطبي.

2. أهمية السجل الطبي في التعليم والتدريب والبحث حيث تعتبر [السجلات الطبية](#) مصدر هام للمعلومات والبيانات الموثقة، وتشتمل على حقائق طبية ذات فائدة كبيرة الباحثين في مختلف العلوم.

3. الحماية القانونية: فالسجل الطبي الموثق والكامل يحمي المستشفى والطبيب من أي شكوى قد ترفع دون مبرر أو حجة، وبالتالي يحمي المريض من أي تقصير أو إهمال في الرعاية التي قدمت له.

4. أهمية السجل الطبي في التخطيط والرقابة الإدارية: حيث تعتبر السجلات الطبية المصدر الأساسي للتقارير والاحصاءات التي ترفع لإدارة المستشفى، والتي تبين حجم ونوع الخدمات الطبية المقدمة للمرضى.
5. أهمية السجل الطبي كوسيلة للاتصال والتنسيق: حيث يوفر السجل الطبي وسيلة للاتصال والتنسيق بين الطبيب المشرف على علاج المريض وبقية أعضاء الفريق الطبي وأي في العلاج.
6. أهمية السجل الطبي في التقويم والمراجعة الطبية: حيث يعتبر السجل الطبي الوثيقة الرسمية التي يعتمدها المستشفى عند مراجعة كافة الإجراءات والخدمات الطبية والتمريضية والفنية التي قدمت للمريض للتأكد من ملائمتها من الناحية النوعية والكمية.

اهداف السجل الطبي

1. إن الهدف الرئيسي من السجلات الطبية؛ هو التأكد من أنّ الرعاية الطبية التي يتلقاها المرضى ذات جودة عالية.
2. توفر السجلات الطبية معلومات تفصيلية لجميع مقدمي الرعاية الصحية عن مرضاهم
3. مساعدة الأطباء على تحديد أفضل مسار للعلاج.
4. كما تساعد السجلات الطبية أيضاً في الأغراض الإدارية والمالية
5. يمكن لمقدمي السجلات الطبية توثيق عملهم بها.
6. تسهل على جميع طاقم الرعاية الصحية تجميع كافة المعلومات وتحليلها.

الأسبوع الثاني

تاريخ السجلات الطبية

بداية تاريخ السجلات الطبية

يبدأ التاريخ الحقيقي للسجلات الطبية الإلكترونية في الستينيات من القرن الماضي بالسجلات الطبية "الموجهة لحل المشاكل" أي السجلات الطبية كما نفهمها اليوم. وكان السجل الطبي الموجه نحو المشكلة طفرة في التسجيل الطبي. حتى هذا الوقت، كان الأطباء يسجلون تشخيصهم والعلاج الذي قدموه فقط.

وبعد ذلك جاء فجر عصر الكمبيوتر، حيث تم استخدام العديد من تطبيقات الكمبيوتر القديمة في المستشفيات والمؤسسات الحكومية، ولكن في أماكن أخرى قليلة جدًا.

لم تكتسب أجهزة الكمبيوتر قوة جذب في المنشآت الصغيرة والممارسات الخاصة حتى فعلت ذلك مع عامة الناس، لذلك قبل ثمانينيات القرن الماضي، كان من النادر رؤية جهاز كمبيوتر يتم استخدامه على الإطلاق في ممارسة خاصة، على الرغم من أن نظام حفظ السجلات المحمول أصبح أكثر شيوعًا.

وفي حلول التسعينيات، دخلت التكنولوجيا معظم المكاتب الطبية وكانت أجهزة الكمبيوتر تستخدم بدرجة محدودة لأغراض حفظ السجلات. ولكن، لم يصبح التغيير واسع النطاق أكثر وضوحًا حتى عصر الإنترنت. حتى في مراحله المبكرة، أصبح الإنترنت أداة حيوية لتسجيل ونقل سجلات الوصفات الطبية وغيرها من السجلات الطبية. وأخيرًا، خلال العقد الماضي أو نحو ذلك، يمكن لمعظم الأنظمة الطبية الرئيسية في العالم المتقدم التواصل بسهولة مع بعضها البعض عند الحاجة.

أصبحت السجلات الطبية بلا أوراق بشكل متزايد، على الرغم من استمرار بعض الممارسات الخاصة في استخدام مزيج من السجلات الورقية والمحوسبة، كما أصبح الوصول إلى سجلات المرضى أكثر سهولة من أي وقت مضى حيث أصبحت تكنولوجيا البيانات محمولة وشاملة بشكل متزايد، وتهدف التحسينات الحالية في صناعة السجلات الطبية إلى التخصص المستمر للأنظمة لزيادة تبسيط سير العمل وزيادة الإنتاجية وتحسين التفاعلات بين الطبيب والمريض.

الأسبوع الثالث

مفهوم السجل الطبي - الغرض منه واهميته في المستشفيات / ومزاياه

مفهوم السجل الطبي

تُستخدم مصطلحات السجل الطبي والسجل الصحي والمخططات الطبية بشكل متبادل إلى حدٍ ما لوصف الوثائق المنهجية للسيرة المرضية للمريض ورعايته على مدار الوقت ضمن اختصاص أحد مقدمي الرعاية الصحية. يشمل السجل الطبي مجموعة متنوعة من أنواع «الملاحظات» التي أدخلها متخصصو الرعاية الصحية بمرور الوقت، وتسجيل الملاحظات وإدارة الأدوية والعلاجات، وأوامر إدارة الأدوية والعلاجات، ونتائج الاختبارات، والأشعة السينية، والتقارير، وما إلى ذلك. يُعد الاحتفاظ بسجلات طبية كاملة ودقيقة شرطاً لمقدمي الرعاية الصحية، ويُنفذ عادةً باعتباره شرطاً أساسياً للترخيص أو الشهادة.

كانت السجلات الطبية تقليدياً مكتوبة على الورق ويُحتفظ بها في مجلدات تُقسم غالباً إلى أقسام لكل نوع من الملاحظات (ملاحظة التقدم، والترتيب، ونتائج الاختبار)، مع إضافة معلومات جديدة إلى كل قسم بترتيب زمني. تُوضع السجلات النشطة عادةً في الموقع السريري، ولكن تجري أرشفة السجلات القديمة خارجه.

لم يغير ظهور السجلات الطبية الإلكترونية شكل السجلات الطبية فحسب، بل زاد من إمكانية الوصول إلى الملفات. يُستخدم السجل الطبي الشخصي على نمط الإضبارة، حيث يُحتفظ بسجلات لكل مريض بالاسم ونوع المرض.

أهمية السجلات الطبية في المؤسسات الصحية

1. التقليل من مخاطر سوء التصرف.
2. المحافظة على التواصل بين أفراد طاقم الرعاية الصحية.
3. تسجيل مقاييس لجودة المستشفى.
4. تُسهل على المريض عملية الدفع، وغيرها من الأمور المالية.

مميزات السجلات الطبية

1. متابعة حالتك الصحية وتقييمها. سجّل وتابع مستوى تقدمك نحو تحقيق أهدافك الصحية، مثل تقليل مستوى الكوليسترول في دمك.
2. الاستفادة جيّدًا من زيارات الطبيب. جهّز الأسئلة التي تود طرحها على طبيبك والمعلومات التي ترغب في إخباره بها، مثل قراءات ضغط الدم منذ زيارتك الأخيرة.
3. التحكم في صحتك بين الزيارات. حمّل البيانات المأخوذة من أجهزة المراقبة المنزلية مثل سوار قياس ضغط الدم وحللها باستخدام هذا السجل. وذكّر نفسك بتعليمات طبيبك منذ آخر موعد طبي.
4. التنظيم. تابع المواعيد الطبية والتطعيمات والأدوية وخدمات الوقاية أو الفحص.

الاسبوع الرابع

المركزية واللامركزية في حفظ السجلات الطبية

نظام السجلات الطبية المركزي

هو وجود قسم واحد مركزي في المستشفى يقوم بكافة الوظائف والخدمات المتعلقة بالسجلات الطبية لكافة المرضى الذين يراجعون المستشفى، حيث تحفظ السجلات الطبية في مكان واحد تحت إشراف موظفين تابعين إلى قسم السجلات الطبية، ويتم تطبيق سياسات وأنظمة وإجراءات موحدة على كافة السجلات الطبية، وتستخدم أجهزة وأدوات ومواد لتشغيل وإدامة نظام السجلات الطبية، حيث يتطلب هذا النظام استخدام سجل طبي موحد لكل مريض سواء تعالج المريض في العيادات الخارجية أو قسم الطوارئ أو حتى في الأقسام الداخلية .

مزايا الإدارة المركزية في حفظ السجلات الطبية

ويحقق هذا النظام مزايا كثيرة أهمها:

1. توفير بيانات طبية كاملة عن المريض، بيانات شاملة وكاملة تعرّف بالمريض.
2. الاقتصاد في التكاليف لتجميع كافة الأعمال المتعلقة في السجلات الطبية في مكان واحد.
3. توحيد الإجراءات المتعلقة بالسجل الطبي وتنميط النماذج والمحتويات.

عيوب الإدارة المركزية في حفظ السجلات الطبية

1. قد تؤدي المركزية إلى اتكال المهنيين في الفريق الطبي؛ مما يساهم في ضياع المهمة والتي تركز على تقديم أفضل رعاية ممكنة.
2. يمكن أن يؤدي القرار الفاشل إلى ضياع المؤسسة الطبية كاملة.
3. قد يتجاهل بعض العاملين في المستويات العليا الذين يتخذون قرارات هامة العاملين في المستويات الدنيا.
4. تؤدي المركزية إلى خفض الروح المعنوية للعاملين في المؤسسة المهنية.

السجلات الطبية اللامركزية:

ما هو المقصود بمصطلح لامركزية السجلات الطبية؟

تعني لامركزية السجلات الطبية احتفاظ كل قسم أو دائرة أو عيادة في المستشفى بالسجلات الطبية الخاصة بالمرضى الذين يتعالجون لديها، بحيث لا يتداولها أو يستعملها أحد غير العيادة أو القسم المعني بها. وبذلك لا يوجد مكان حفظ موحد لكافة السجلات الطبية في المستشفى.

عيوب اللامركزية في حفظ السجلات الطبية:

تتجه معظم المستشفيات في العالم إلى الابتعاد عن تطبيق الحفظ اللامركزي للأسباب التالية:

1. يحتاج ألي مساحة أكبر لحفظ السجلات الطبية.
2. لا يوفر سجل كامل وشامل عن حالة المريض الصحية.
3. يحتاج إلى عدد أكبر من الموظفين للعمل على إدانة السجلات الطبية وحفظها وتداولها في كل قسم.
4. صعوبة تجميع المعلومات الإحصائية المتعلقة بمعالجة المرض.
5. ارتفاع تكلفة الأجنة والمواد اللازمة.
6. صعوبة الرقابة على السجلات الطبية وتتميط محتوياته.

الأسبوع الخامس

نظم المعلومات في المستشفى (التعريف-النوع-المكونات)

يعرف مصطلح أنظمة معلومات المستشفيات

(بأنه "نظام معلومات شامل ومتكامل يستخدم في إدارة المعلومات الإدارية والطبية في المستشفيات، ويهدف إلى تمكين المستشفى والعاملين فيها من تقديم أفضل وأسرع رعاية للمرضى).

أنواع نظم المعلومات في المستشفى

يمكن استخدام أنظمة المعلومات الصحية من قبل الجميع في الرعاية الصحية من المرضى إلى الأطباء إلى مسؤولي الصحة العامة، حيث إنهم يجمعون البيانات ويجمعونها بطريقة يمكن استخدامها في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، ومن أنواع نظم المعلومات الصحية ما يلي:

1- السجلات الطبية الإلكترونية والسجلات الصحية الإلكترونية

يتم استخدام هذين المصطلحين تقريبًا بالتبادل، كما يحل السجل الطبي الإلكتروني محل النسخة الورقية من التاريخ الطبي للمريض، حيث يتضمن السجل الصحي الإلكتروني المزيد من البيانات الصحية ونتائج الاختبارات والعلاجات، كما أنه مصمم لمشاركة البيانات مع السجلات الصحية الإلكترونية الأخرى حتى يتمكن مقدمو الرعاية الصحية الآخرون من الوصول إلى بيانات الرعاية الصحية للمريض.

2- برامج إدارة الممارسة

يساعد برنامج إدارة الممارسة مقدمي الرعاية الصحية على إدارة العمليات اليومية مثل الجدولة والفواتير، كما يستخدم مقدمو الرعاية الصحية، من الممارسات الصغيرة إلى المستشفيات، أنظمة إدارة الممارسة لأتمتة العديد من المهام الإدارية.

3- مؤشر المريض الرئيسي

يربط فهرس المريض الرئيسي سجلات المرضى المنفصلة عبر قواعد البيانات، حيث يحتوي الفهرس على سجل لكل مريض مسجل في مؤسسة رعاية صحية ويفهرس جميع السجلات

الأخرى لذلك المريض، كما يتم استخدام MPIs لتقليل سجلات المرضى المكررة ومعلومات المريض غير الدقيقة التي يمكن أن تؤدي إلى رفض المطالبات.

4- بوابات المريض

تسمح بوابات المرضى للمرضى بالوصول إلى بياناتهم الصحية الشخصية مثل معلومات المواعيد والأدوية ونتائج المختبر عبر اتصال بالإنترنت، كما تسمح بعض بوابات المرضى بالتواصل الفعال مع أطبائهم وطلبات إعادة صرف الوصفات الطبية والقدرة على تحديد المواعيد.

5- مراقبة المريض عن بعد

تُعرف مراقبة المريض عن بُعد، والمعروفة أيضًا باسم الرعاية الصحية عن بُعد، لأجهزة الاستشعار الطبية بإرسال بيانات المريض إلى المتخصصين في الرعاية الصحية، حيث يراقب بشكل متكرر مستويات الجلوكوز في **الدم** و**ضغط الدم** للمرضى المصابين بأمراض مزمنة، كما تُستخدم البيانات للكشف عن الأحداث الطبية التي تتطلب التدخل ويمكن أن تصبح جزءًا من دراسة صحة السكان الأكبر.

6- دعم القرار السريري

تقوم أنظمة دعم القرار السريري بتحليل البيانات من مختلف الأنظمة السريرية والإدارية لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية على اتخاذ القرارات السريرية، حيث يمكن أن تساعد البيانات في إعداد التشخيصات أو التنبؤ بالأحداث الطبية - مثل التفاعلات الدوائية، كما تعمل هذه الأدوات على تصفية البيانات والمعلومات لمساعدة الأطباء على رعاية المرضى الفرديين.

مكونات نظم المعلومات في المستشفى

يما يلي مكونات نظم المعلومات في المستشفيات التي تساعد على جعله يعمل بشكل لا تشوبه شائبة:

1- الأنظمة الأساسية: تتعلق بالمتطلبات التشغيلية للمهام اليومية المطلوبة.

- 2- أنظمة الأعمال / المالية :تتناول نظام المعلومات لرعاية المرضى، ونظام المعلومات الإدارية، ليشمل متطلبات الأجهزة والبرامج.
- 3- أنظمة الاتصالات / الشبكات :تبحث في جدولة مواعيد الأطباء الاستشاريين.
- 4- أنظمة إدارة القسم :تختص بالقرارات المتعلقة بإدارة المستشفى والقرارات قصيرة وطويلة المدى حول رعاية المرضى والتعافي من الكوارث.
- 5- نظام التوثيق الطبي :يعالج مسك السجلات والاعتماد والسجلات القانونية.
- 6- أنظمة الدعم الطبي :هذا الإجراء هو أنشطة رعاية المرضى السريرية والطبية في المستشفى.

الأسبوع السادس

أنواع المستشفيات والتنظيم الإداري للمستشفى

أنواع المستشفيات

تصنف المستشفيات وفقاً لمعيار الملكية والتبعية الإدارية إلى نوعين هما: -

1. المستشفيات الحكومية.

2. المستشفيات الخاصة.

1. المستشفيات الحكومية

يقصد بالمستشفيات الحكومية التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة وفق نظم ولوائح حكومية تحكم سير وإجراءات العمل بهذه المستشفيات.

وتأخذ هذه المستشفيات الحكومية عدة أشكال من أهمها ما يلي: -

(1) المستشفيات الحكومية العامة:

يطلق على هذا النوع مسميات مختلفة في معظم الدول العربية منها المستشفى العام، والمستشفى المركزي، والأميري وغيرها كما قد تسمى بأسماء بعض القيادات العليا في الدولة أو بأسماء بعض الأماكن التي توجد بها أو بأسماء بعض المناسبات أو الأحداث الوطنية في الدولة.

أهم الخصائص المميزة لها تتلخص في أنها تكون مملوكة للدولة أو إحدى الهيئات والمؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شؤونها وتنظيم العمل بها وما تقدمه من خدمات وفق نظم ولوائح حكومية محددة. كما يفترض في هذا النوع من المستشفيات تقديم خدماتها لجميع فئات المواطنين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحددها اللوائح المنظمة لهذه المستشفيات، حيث أن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع. كما تتميز هذه المستشفيات بأنها تضم بداخلها مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص ومعالجة الحالات المرضية المختلفة، بمعنى أنها مستشفيات تحتوي على تخصصات متعددة وغالباً تتبع وزارات الصحة.

2/ المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة: -

ويطلق على هذا النوع من المستشفيات في كثير من الأحيان مسمي المستشفيات الحكومية الفئوية. ويتسم هذا النوع من المستشفيات بجميع خصائص ومواصفات المستشفيات الحكومية العامة من حيث الملكية وتنوع الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تقدمها، ولكنها تختلف في أنها تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية بذاتها.

ومن هنا جاءت تسميتها بالمستشفيات الفئوية حيث تقتصر خدماتها على فئات محددة من المواطنين، ومن أمثلة هذا النوع من المستشفيات في الدول العربية المستشفيات العسكرية والشرطية والأمنية التابعة لشركات ومؤسسات القطاع العام أو الحكومي.

3/ المستشفيات الحكومية التخصصية: -

وتتشابه هذه المستشفيات مع باقي أنواع المستشفيات الحكومية من حيث ملكيتها للدولة أو بعض الهيئات والمؤسسات الرسمية، ولكنها تختلف مع المستشفيات العامة في أنها تتخصص في تشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة، ومن أمثلتها مستشفيات العيون والأطفال والسرطان وغيرها من الحالات المرضية.

4/ الوحدات العلاجية أو المستوصفات: -

وتمثل هذه الوحدات العلاجية مستشفيات صغيرة الحجم، ومحدودة الإمكانيات إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، ولا تحتوي على غرف أو تنويم المرضي تسمى ب (المراكز الصحية)، وتنتشر في القرى وفي المناطق الريفية المختلفة. وتهدف إلى خدمة المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم محددة نسبياً، وغالباً ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية.

5/ المستشفيات الجامعية والتعليمية: -

هي مستشفيات حكومية من حيث الملكية ولكنها تختلف عن المستشفيات الحكومية العامة والتخصصية من حيث التبعية الإدارية، حيث تتبع هذه المستشفيات الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها، وفي معظم الأحيان يختلف نمط إدارتها عن المستشفيات العامة حيث غالباً ما يشكل لها مجلس إدارة من أعضاء هيئة التدريس بكليات الطب والصيدلية وبعض الشخصيات العامة، كما قد توضع لها بعض النظم

واللوائح الداخلية الخاصة بها حيث تعتبر ضمن منشآت الجامعة التابعة لها. وتقدم هذه المستشفيات نفس خدمات المستشفيات العامة والتخصصية، كما أنها قد تحتوي بعض الأقسام التعليمية مثل المشرحة والحوادث والمعامل والسموم وغيرها من الأقسام التي يمكن من خلالها ممارسة التدريب العملي لدارسي العلوم الطبية على الحالات والأمراض والإصابات التي يقوم بعلاجها أعضاء هيئة التدريس.

2. المستشفيات الخاصة

(وهي المستشفيات التي تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة، وتتم إدارتها وفقاً لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة).

وتأخذ المستشفيات الخاصة شكلاً أو أكثر من الأشكال التالية: -

1/ مستشفيات بأسماء أصحابها:

وهي مستشفيات غير حكومية يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها والاتفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمريض. ويعتمد هذا النوع من المستشفيات على خبرة، ومهارة وسمعة أصحابها وجودة الخدمة والرعاية التي تقدمها للمرضي.

2/ مستشفيات الجمعيات غير الحكومية:

عادة ما يتم إنشائها بواسطة جمعيات أهلية غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والخيرية من خلال التبرعات والهبات والهدايا. وتقدم خدماتها لمختلف فئات المواطنين مقابل رسوم محددة نسبياً تستخدم في تغطية النفقات المتعلقة بتطوير خدمات هذه المستشفيات وتشغيلها. فهذه المستشفيات لا تسعى للربح ولكن العلاج فيها ليس بالمجان. وتتم إدارتها من خلال مجلس إدارة يضع النظم والقواعد المنظمة لمختلف مجالات العمل بها. وقد تأخذ مستشفيات الجمعيات الأهلية غير الحكومية شكل المستشفى العام أو التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها.

3/ مستشفيات استثمارية:

وهي المستشفيات التي يملكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق الربح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور. وقد تقدم خدمات متخصصة في مجالات طبية محدودة، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية والحالات المرضية المتنوعة

أو معظمها طبقاً لحجم المستشفى ونوعية التجهيزات والتخصصات التي يحتويها. وغالباً ما تأخذ هذه الشركات شكل شركات مساهمة أو ذات مسؤولية محددة، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيس جنباً إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين.

التنظيم الإداري للمستشفيات

مفهوم التنظيم الإداري: يعتبر التنظيم الوظيفة الثانية من الوظائف الإدارية. والتنظيم هنا يقصد به كل عمل يتم بموجبه تحديد أنشطة/وظائف المستشفى كالوظيفة المالية والموارد البشرية وتحديد إدارتها (كالإدارة المالية وإدارة الموارد البشرية)، وأقسامها ولجانها، وعلاقات هذه المكونات مع بعضها البعض من خلال تحديد السلطة والمسئولية، التفويض، والمركزية واللامركزية، ونطاق الإشراف.. وغيرها في سبيل تحقيق الهدف.

فوائد التنظيم الإداري للمستشفيات

لا شك أن للتنظيم فوائد متعددة يمكن توضيح أهمها في الآتي:

- 1- توزيع الأعمال والأنشطة بشكل عملي.
- 2- يقضي التنظيم على الازدواجية في الاختصاصات.
- 3- يحدد التنظيم العلاقات بين العاملين بشكل واضح.
- 4- يخلق التنظيم تنسيقاً واضحاً بين الأعمال.

التكوين التنظيمي للمستشفيات:

1- مجلس إدارة المستشفى.

2- المجلس الطبي.

3- أقسام المستشفى:

* الأقسام الطبية.

* الأقسام الطبية المساعدة.

* الأقسام الإدارية والمالية.

أنواع التنظيم: 1- التنظيم الرسمي. 2- التنظيم غير الرسمي.

الأسبوع السابع والثامن

المعلومات الإدارية والاجتماعية والطبية والنماذج الطبية الأساسية

المعلومات الاجتماعية للمريض

1. اسم المريض ويتكون من أربعة مقاطع.
2. الرقم الطبي أو رقم المستشفى.
3. الجنس (ذكر أو انثى).
4. تاريخ ومكان الولادة.
5. الحالة الاجتماعية.
6. المهنة.
7. الجنسية.
8. الديانة.
9. العنوان الكامل ورقم الهاتف.
10. اسم وعنوان أحد الأقرباء، أو أصدقاء المريض.

المعلومات الإدارية للمريض

1. كالتاريخ وساعة الدخول.
2. التشخيص الأولي.
3. الجناح أي القسم الذي أُدخلَ إليه المريض ورقم الغرفة والسرير.
4. الطبيب الاختصاصي المعالج.
5. تاريخ الدخول السابق للمستشفى إن وجد.
6. الجهة التي حولت المريض إلى المستشفى.
7. تاريخ وساعة الخروج.
8. التأمين الصحي إن وجد.

أهمية المعلومات الاجتماعية والإدارية:

السجل الطبي هو سجل شخصي للمريض وليس فقط سجل حالة مرضية أو مجرد رقم، ولذلك لا بد من وجود المعلومات الكافية التي تعرّف بالمريض وتقدمه إلى المستشفى والفريق الطبي كشخص له قيمته وأهميته. ولتأكيد هذا المفهوم تم تصميم هذه المعلومات لتظهر على الصفحة الأولى من السجل الطبي للمريض وفي الجزء الأعلى منه لتصبح العنوان والمرجع لكل ما يتعلق بحالته المرضية، كما أن الطبيب يستفيد من هذه المعلومات في تشخيص المرض ومتابعة تطورات مع المريض. وقد أثبتت الدراسات الوبائية هذا، يعني أن حدوث بعض الأمراض يرتبط ببعض الجوانب الشخصية والاجتماعية للإنسان كالعمر والجنس والمهنة والحالة الاجتماعية والموطن.

أهمية المعلومات الاجتماعية والإدارية قانونياً:

1. تعتبر هذه المعلومات ذات فائدة قانونية على درجة كبيرة من الأهمية، فإذا كان المستشفى يعمل ضمن نظام **تأمين صحي** فإنه يسمح فقط بمعالجة الأشخاص المنتسبين لهذا النظام فقط، حيث إن هذه المعلومات تصبح ذات أهمية خاصة في إثبات حق المريض في المعالجة في هذا المستشفى.

2. كذلك فإن المستشفى مسؤولاً أمام القانون عن تسجيل كافة المعلومات التي تعرف بالمريض والتي تحول دون حدوث أي التباس أو خطأ بسبب عدم دقة أو اكتمال هذه المعلومات سواء حدث ذلك أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي أو عند منح الوثائق القانونية الخاصة بالمرضى، كالتقارير الطبية ونماذج التبليغ عن الولادة والوفاة.

3. وفي بعض الحالات أيضاً قد يكون التاريخ ووقت الدخول أو الخروج من المستشفى أهمية قانونية كبيرة تتوقف عليه أحكام حقوقية وجزائية بالغة الأهمية. وغير ذلك، فإن هذه التواريخ تحدد وبشكل قاطع متى بدأت مسؤولية المستشفى ومتى انتهت فيما يتعلق بتقديم الرعاية الطبية المباشرة للمريض.

4. وللمعلومات الاجتماعية أهمية خاصة أيضاً في مجال الإحصاءات الحيوية ، حيث يتم إعداد تقارير يومية وشهرية وسنوية لبيانات الأقسام، ويتم طلبها من الجهات الرسمية المسؤولة عن إعداد هذه الإحصاءات من المستشفيات معلومات مفصلة عن المرضى شاملة، بالإضافة إلى المعلومات الطبية، معظم المعلومات الاجتماعية مدونة على هذا النموذج الطبي.

المعلومات الطبية وتشمل:

1. **التشخيص النهائي:** يمكن تعريف التشخيص النهائي بأنها النتيجة أو المحصلة النهائية حول المرض الذي يعاني من المريض، والذي توصل إليه الطبيب المشرف على علاج المريض بعد إجراء واستكمال كافة الفحوص والاستقصاءات الطبية والتشخيصية اللازمة، كما ألا يجوز تخريج أي مريض من المستشفى إلا بعد الوصول الى تشخيص نهائي لحالته المرضية، حيث يتم توثيق ذلك في نماذج خاصة وحتى لا يسمح أيضاً بخروج المريض على رأسه ويتم توقيعه على نموذج خاص؛ لتجنب أي عواقب تترتب على ذلك. ويجب أن يكون التشخيص النهائي كامل وواضح ودقيق مع ضرورة التقيد بالمصطلحات والتصنيفات الطبية للأمراض المتعارف عليها والمعتمدة من الهيئة الطبية في المستشفى؛ وذلك لضمان الدقة في الإحصاءات والبحوث والدراسات الطبية. ولأهمية التشخيص النهائي فإنه يتوجب على فني **السجلات الطبية** تأكد من كتابته واكتماله.

الشروط، إذ لا يجوز حفظ السجل الطبي بدون استكمال التشخيص النهائي مهما كانت الأسباب ويتم مراجعته من قبل موظف السجل الطبي ومراجعة الطبيب في حالة وجود أي نواقص في السجل الطبي.

2. **العمليات:** إذا أجريت للمريض عمليات أو إجراءات جراحية أثناء إقامته في المستشفى، فإنه يتوجب على الطبيب المعالج تسجيلها في المكان المخصص لها في هذا النموذج بدقة ووضوح مع مراعاة نفس الشروط الواجب غتباعها عند كتابة التشخيص النهائي. حيث أن هذه المعلومات تعتبر من العناصر الرئيسية التي يقوم قسم السجلات الطبية بمراجعتها والتأكد من وجودها لاستكمال السجل الطبي للمريض.

أ- **النتائج:** قد تختلف المستشفيات حول نوع البيانات المطلوبة تحت عنوان النتائج، إذ يعتمد تحديدها على الأهداف الإدارية والإحصائية التي تسعى إدارة كل مستشفى إلى تحقيقها من خلال هذه البيانات عند حالة المريض عند الخروج، حيث يطلب من الطبيب وضع علامة أمام إحدى الحالات التالية:

شفي.

ب- تحسن.

ت- لم يتحسن.

ث- توفي: ويفضّل التمييز بين الوفاة التي حدثت قبل مرور 48 ساعة وبين الوفاة التي حدثت بعد 48 ساعة.

ج- تخرج المريض على مسؤوليته. إذا أمر المريض على الخروج من المستشفى قبل أن يقرر الطبيب المعالج ذات ورغم النصيحة الطبية، حيث يوثق ذلك في السجل الطبي للمريض؛ لحماية المستشفى قانون وإذا خرج المريض بهذه الطريقة قبل استكمال الإجراءات الطبية اللازمة للتشخيص، حيث لا يلزم الطبيب بتدوين التشخيص النهائي على نموذج الدخول والخروج.

3. **التشريح:** إذا تم تشريح جثة المتوفي داخل المستشفى، فلا بد من تدوين ما يشير إلى ذلك عن نموذج الدخول والخروج ليتمكن موظف السجلات الطبية من مراجعة السجل الطبي للتأكد من استكمال كافة المعلومات المتعلقة بهذا الموضوع واستكمال تقرير التشريح، كذلك فإن هذه المعلومات تعتبر ضرورية لحساب معدل التشريح في المستشفى؛ وذلك لإعداد التقارير الإحصائية كل شهر.

4. **حالة قضائية:** إذا كانت الوفاة ناتجة عن حادث، فيجب وجود ما يدل على ذلك في هذا النموذج ويتوجب على الموظف المختص في قسم السجلات الطبية أو الدخول استدعاء المدعي العام

والطبيب الشرعي للكشف على الجثة وتنظيم تقرير طبي شرعي خاص بذلك قبل ترسل الجثة إلى ذوي المتوفي، ولا يجوز لأحد الاطلاع على تلك النماذج.

5. **توقيع الطبيب الاختصاصي:** يعتبر الطبيب الاختصاصي المشرف على المريض المسؤول الأول عن السجل الطبي، ولهذا يجب عليه التوقيع على المعلومات الطبية المسجلة على نموذج الدخول والخروج. حيث إن هذا التوقيع يعني قبوله ومصادقته على كافة المعلومات الطبية التي يشتمل عليها السجل الطبي للمريض، وإنه مسؤول عن هذه المعلومات تجاه المريض والمستشفى والهيئة الطبية ويعتبر وثيقة حماية في حالة عدم تقصير في العلاج الطبي.

6. **ترميز الأمراض والعمليات:** يجب أن يقوم الموظف المختص في قسم السجلات الطبية بترميز جميع الأمراض التي تم تشخيصها في المستشفى وكذلك العمليات التي أجريت للمريض طبقاً لنظام تصنيف وترميز الأمراض والعمليات الذي يستخدمه المستشفى.

انواع النماذج الطبية الأساسية:

- 1- نموذج الدخول والخروج.
- 2- نموذج التفويضات أي الموافقات.
- 3- نموذج السيرة المرضية.
- 4- نموذج الفحص السريري.
- 5- أوامر الطبيب.
- 6- نموذج نتائج الفحوص المخبرية.
- 7- نموذج نتائج الفحوص الشعاعية.
- 8- ملاحظات تقدم حالة المريض.
- 9- ملاحظات التمريض.
- 10- نموذج العلامات الحيوية (الحرارة، النبض، الضغط، التنفس
- 11- ملخص الخروج.

الأسبوع التاسع

ترقيم وحفظ السجلات الطبية

يتم حفظ السجلات الطبية في معظم مؤسسات الرعاية الصحية عددًا وفقًا لأرقام السجلات الطبية للمرضى. حيث قدمت بعض المستشفيات سجلات وفقًا لأسماء المرضى أو أرقام التفريغ أو أرقام رموز التشخيص. حيث يعد التسجيل الأبجدي لأسماء المرضى أكثر تعقيدًا وعرضة لخطأ أكبر من التسجيل الرقمي، والتسجيل بأرقام التفريغ وأرقام الكود التشخيصي بشكل عام غير مرضٍ لأن السجلات أو السجلات المهمة الأخرى في المنشأة معنية حصريًا بأرقام السجلات الطبية.

ترقيم السجلات الطبية

1. نظام الترقيم

هناك عدة أنواع من أنظمة الترقيم قيد الاستخدام حاليًا في مرافق الرعاية الصحية، وهي ما يلي:

أ. **الترقيم التسلسلي:** في الترقيم التسلسلي، يتلقى المريض رقمًا جديدًا في كل مرة يتم فيها تسجيله أو معالجته من قبل المستشفى. حيث إذا تم تسجيله خمس مرات، فإنه يحصل على خمسة أرقام سجلات طبية مختلفة.

على سبيل المثال، يتم تسجيل المريض في المستشفى ويتلقى الرقم 13650، وعندما يعود المريض للمتابعة بعد أسبوع واحد من العلاج، حيث يتم تسجيله في السجل الطبي رقم 14020. وإذا قام المريض بزيارة المستشفى مرة أخرى في العام التالي، فسوف يتلقى رقمًا آخر مثل 19560. وعلى الرغم من أنه يجب تسجيل جميع الأرقام المخصصة لهذا المريض في بطاقة فهرس المريض الرئيسي، حيث يتم حفظ سجلاته الطبية في العديد من الأماكن مثل عدد المرات التي عولج فيها في المنشأة.

ب. **ترقيم الوحدات:** على عكس أنظمة الترقيم التسلسلي، حيث يوفر نظام ترقيم الوحدات سجلًا منفردًا مركبًا من جميع البيانات التي تم جمعها عن مريض معين، وسواء كمريض خارجي أو مريض داخلي أو مريض طارئ. حيث يتم تخصيص سجل طبي للمريض في زيارته الأولى، والذي يستخدم في جميع الزيارات والعلاجات اللاحقة. وبالتالي فإن سجله الطبي بأكمله موجود في مجلد واحد تحت رقم سجل طبي واحد.

ت. **ترقيم الوحدة التسلسلية:** نظام الترقيم هذا هو مزيج من أنظمة ترقيم الوحدات التسلسلية، وعلى الرغم من أنه في كل مرة يتم فيها تسجيل المريض، فإنه يتلقى رقم سجل طبي جديد، إلا أنه يتم تقديم سجلاته السابقة باستمرار وحفظها تحت أحدث رقم تم إصداره.

على سبيل المثال: عندما يعود المريض للمتابعة بعد أسبوع واحد من العلاج، سيحصل على الرقم 14020، ولكن سيتم أيضًا تقديم بيانات علاج المريض الخارجي، المودعة بموجب 13650، ليتم حفظها مع الملاحظات التي تم تدوينها خلال زيارته الأخيرة. وهكذا يتم إنشاء سجل الوحدة. وعند إحضار السجلات القديمة، حيث يجب ترك نوع من الدليل في الملف حيث تم سحب السجل القديم، للإشارة إلى الرقم الجديد الذي تم حفظ السجل بموجبه. حيث يعد مجلد الرسم البياني الفارغ المميز بإحالة إلى الرقم الجديد طريقة مرضية لإنجاز ذلك.

ث. **الترقيم السنوي:** يمكن استخدام الترقيم التسلسلي الذي يتضمن آخر رقمين من السنة التقويمية الحالية بواسطة المستشفيات التي تخدم بشكل أساسي مجموعة سكانية مؤقتة. وفي هذا النظام، حيث يتم إضافة رقمين للسنة إلى نهاية الرقم التسلسلي. حيث يعمل تعيين السنة كرقم تحكم في سحب السجلات غير النشطة. كما توفر الأرقام التسلسلية جنبًا إلى جنب مع السنة التقويمية أيضًا بيانات فورية عن عدد حالات دخول المستشفى أو الزيارات التي حدثت خلال عام محدد.

ج. **ترقيم العائلة:** تكيف آخر لترقيم الوحدات هو نظام الترقيم العائلي. حيث يتكون الترقيم العائلي عادةً من وضع أزواج إضافية من الأرقام، مما يدل على وضع الفرد في الأسرة. وعادة ما يتم وضع هذه الأرقام مباشرة قبل الرقم المخصص بانتظام. حيث تكون أزواج أرقام البادئة لها تسلسل محدد ومعنى، على النحو التالي:

01 = رب الأسرة (إما الأم أو الأب)

02 = الزوج

03 = الأطفال

04 = أفراد الأسرة الآخرين

05 = الخادمة.

وبالتالي، يتم حفظ جميع معلومات المريض الخاصة بأسرة واحدة معًا بواسطة رقم العائلة.

ح. **تطهير الملفات:** نظرًا لإزالة السجلات غير النشطة، حيث ستظهر فجوات في منطقة الملف النشطة عند استخدام نظام ترقيم تسلسلي. حيث تمثل السجلات متعددة المجلدات أيضًا مشكلة تنتج عن الحفاظ على نظام الوحدة. وأحيانًا تصبح سجلات المرضى الذين عولجوا عدة مرات

كثيفة لدرجة أن هناك حاجة إلى مجلدات إضافية لإيواء سجل طبي واحد كامل. ومن أجل تنبيه موظفي حفظ الملفات وأخصائيي الرعاية الصحية إلى وجود سجل طبي في عدة مجلدات، فمن الحكمة تمييز كل مجلد برقم المجلد والعدد الإجمالي للمجلدات.

على سبيل المثال: يمكن تسمية المجلد الأول على أنه المجلد 1 من 2، والمجلد الثاني المجلد 2 من 2، وما إلى ذلك. من المهم أن يتم تسمية جميع المجلدات الموجودة على مريض واحد عند إضافة وحدة تخزين أخرى إلى المجموعة. سيتغير المجلد الأول المسمى المجلد 1 من 2 إلى المجلد 1 من 3 عند إضافة مجلد ثالث.

ما هي طرق حفظ السجلات الطبية؟

توجد طريقتان لحفظ السجلات الطبية هما:

1. طريقة الرقم العددي المسلسل:

وفي هذه الطريقة تحفظ وترتب السجلات الطبية في الخزائن المخصصة لها حسب التسلسل العددي لأرقام هذه السجلات. وعلى سبيل المثال، فإن السجلات الطبية الخمسة التالية تحفظ على الرف المخصص لها حسب الترتيب التالي:

- ١٨٧٦٥٠
- ١٨٧٦٥١
- ١٨٧٦٥٢
- ١٨٧٦٥٣
- ١٨٧٦٥٤

مزايا طريقة العددي المسلسل:

1. الميزة الرئيسة لهذه الطريقة هي سهولة استيعابها وفهمها من قبل الموظفين.

عدم الحاجة إلى فترة طويلة لتدريبهم الموظفين عليها.

عيوب طريقة العددي المسلسل:

وتشتمل هذه الطريقة تشتمل على عيوب ومشاكل كثيرة جعلت الكثير من المستشفيات تتجنبها وتطبق طريقة المجموعة العددية الأخيرة أو الطرفية. ومن عيوبها :

1. ارتفاع نسبة الأخطاء في الحفظ، حيث أدى ذلك إلى صعوبة تذكر تسلسل جميع الأعداد التي يتكون منها الرقم. وكلما كبر حجم الأرقام كلما زادت نسبة هذه الأخطاء أصبح العثور على السجل الطبي الذي حفظ خطأ أصعب. فقد يحتاج البحث عن هذا السجلات إلى مراجعة مئات أو آلاف السجلات الطبية.

2. صعوبة تحديد مسؤولية اخطاء الحفظ ويعود ذلك؛ لقيام أكثر من شخص بحفظ السجلات الطبية في مكان واحد تقريباً. وتحتاج هذه الطريقة الى وقت أطول لحفظ السجلات الطبية واستخراجها، الأمر الذي يزيد من عدد الموظفين اللازمين للعمل في منطقة حفظ السجلات.

3. صعوبة توزيع الموظفين على منطقة الحفظ بالتساوي. فالعمل حسب هذه الطريقة يتركز غالباً في منطقة السجلات الطبية ذات الأرقام العالية؛ لأنها تمثل السجلات الطبية الحديثة التي تمتاز بالحركة والنشاط. وبالتالي فإنّ منطقة حفظ هذه السجلات تشهد حركة وازدحاماً من قبل العاملين؛ ممّا يؤدي إلى عرقلة العمل وتأخير. ويبدو ذلك واضحاً في المستشفيات التي تكون فيها نسبة المرضى الذين يراجعون بدون مواعيد مسبقة عالية.

2. الحفظ وفق المجموعة الطرفية أو العددية الأخيرة:

تعتمد هذه الطريقة على تقسيم رقم السجل الطبي المكون من ستة أعداد إلى ثلاث مجموعات كل منها مكون من عددين. وهذه المجموعات هي:

1. المجموعة الأولية أو الأساسية: وتتكون من العددين الأوليين على الجهة اليمنى من الرقم.

2. المجموعة الثانوية: وتتكون من العددين الموجودين في وسط الرقم على يسار المجموعة الأولية.

3. المجموعة الثالثة: وتتكون من العددين الموجودين على أقصى يسار الرقم.

وقد سميت هذه الطريقة بهذا الاسم الطرفية؛ لأنها تعتمد على مجموعة الأعداد الأولية الموجودة على طرف الرقم أو نهايته كأساس لحفظ السجلات الطبية في الخزائن المخصصة لها.

مراقبة حركة السجلات الطبية

تعدّ مراقبة السجلات الطبية من الركائز الأساسية في أي مستشفى، حيث يوجد داخل كل مستشفى ما يسمّى بالرقابة، ويُعد الهيكل التنظيمي من الركائز الأساسية لنظام الرقابة. وتعددت مفاهيم الرقابة، حيث تتبنّى بعض المؤسسات مجموعة من الإجراءات والأساليب لتحقيقها، ويوجد ما يسمى بالرقابة الداخلية والرقابة الخارجية. حيث يمكن تعريف الرقابة الداخلية بما يلي.

(هي خطة تضعها إدارة المستشفى، وتقوم باتباعها من أجل تحقيق أهداف المستشفى وتنظيمها باتباع أساليب وإجراءات وتحقيق درجة من الكفاءة وتقييم العمليات والضوابط الخاصة بال (المستشفى).

والرقابة على قسم المالية المتعلق بقسم المحاسبة في المستشفى. الهدف الأساسي من الرقابة الداخلية، تأدية المهام والواجبات المطلوبة بشكل فعال من خلال كتابة التقارير بشكل صحيح.

أهمية الرقابة الداخلية على السجلات الطبية:

ولأهمية السجل الطبي من النواحي الطبية والإدارية والقانونية، لا بد من وجود نظام فعال للرقابة والسيطرة على حركة السجل الطبي من وإلى قسم السجلات الطبية. ووجود خلل في هذا النظام قد ينتج عنه فقدان بعض السجلات أو عدم إعادتها إلى القسم بالوقت اللازم، حيث يفقد السجل الطبي الهدف الذي أنشأ من أجله ويعمل على تقليل ثقة الأطباء والمرضى بقسم السجلات الطبية. وحتى تحقق الرقابة الفعالة على السجلات الطبية، فإنه يجب أن يقوم قسم السجلات الطبية بوضع سياسة واضحة ومكتوبة تحدد وتنظّم حركة السجلات الطبية داخل المستشفى، ولكي تقوم جميع الأقسام والأشخاص بالالتزام واحترام تلك السياسة وتطبيقها، ويجب أن تقوم إدارة المستشفى باعتمادها والتأكد من سلامة تنفيذها.

الأسبوع العاشر والحادي عشر

الترتيب والمراجعة الكمية والنوعية للسجلات الطبية

أهمية المراجعة للسجل الطبي:

تكون أهمية السجل الطبي في ما يقدمه من معلومات صحيحة وواضحة عن حالة المريض الصحية، كما أن الطبيب المعالج غالباً ما يركز على تقديم الخدمة الطبية ويتساهل أحياناً في توثيق ما قدمه للمريض. وبالرغم من أهميته فإنه في هذه الحالة لا بد من وجود شخص يراجع الملف الطبي؛ حتى يضمن اكتماله.

وتعتبر هذه مهمة أو ما يقوم به موظف المراجعة والتحليل بدون انتقاص لدور الممرض الذي يعتبر أكثر شخص يتعامل مع الملف ويعرف أهميته.

ما هي المراجعة النوعية؟

هي مراجعة شديدة وعميقة لمناطق محددة من السجل الطبي تشير إلى وجود تناقضات وبعض الممارسات الضعيفة في التوثيق، وكذلك بعض الدلالات على عدم تقديم رعاية طبية كما يجب. ويحتاج إلى الكثير من الخبرة في المصطلحات الطبية ومعرفة بأنواع التحاليل الطبية ومعرفة بالأمراض وطرق التشخيص، ومعرفة أيضاً بالعمليات ودرجات خطورتها وتأثيرها على أعضاء الجسم ومعرفة بالأدوية الشائعة والتي يتكرر استعمالها.

الهدف من المراجعة النوعية:

جعل الملف الطبي كاملاً لمراجعة جودة الرعاية الطبية المقدمة ولأمور أخرى قانونية.

نتائج المراجعة النوعية:

إيجاد بعض النواقص التي يمكن أكملها، معرفة أنماط الضعف في التوثيق، التأكد من الأمور، فبعض الأمور قانونية أي شكاوى بالمحاكم.

مكونات المراجعة النوعية:

1. تجانس التشخيصات واكمالها.
2. تجانس المدخلات.
3. إثبات دخول المريض ومكوته في المستشفى.

4. مراجعة النماذج القانونية أو التفويضات.
5. مراجعة جودة التوثيق.
6. مراجعة الأحداث التي قد تؤدي لمقاضاة المستشفى.

المراجعة الكمية للسجلات الطبية:

ما هي المراجعة الكمية؟

هي مراجعة السجل الطبي لاستكمال وتحديد النواقص التي توجد في كل ملف، حيث يعتبر الطبيب المسؤول عن إكمال النواقص ويتم مراجعة السجلات الطبية من ناحية الجودة. حيث يعتبر مراجعة السجل الطبي كميًا هاماً لأمر الاعتمادية وتقديم أفضل رعاية ممكنة.

مكونات المراجعة الكمية:

1. احتواء السجل الطبي على جميع النماذج الطبية الأساسية والخاصة (ما هي النماذج، أي وقت، وتحت أي دقة وصحة تعريف المريض على كل نموذج).
2. التأكد من وجود جميع التواقيع اليدوية والإلكترونية والأختام.
3. التأكد من جودة التوثيق أي مواصفات التوثيق الجيد.
4. يجب الملاحظة قبل البدء بعملية المراجعة الكمية، على فني السجلات الطبية التأكد من أن جميع النماذج موجودة بنسق وترتيب معين، أي ترتيب موحد لكل السجلات الطبية وحسب سياسية مكتوبة.

الأسبوع الثاني عشر والثالث عشر

الإحصاءات الطبية

قسم الإحصاء الطبي

الإحصاءات الطبية: عبارة عن حقائق يُعبر عنها بأرقام، فالإحصاءات توثق النشاطات والأعمال التي أنجزها المستشفى للرجوع إليها عند الحاجة وخاصة عند اتخاذ القرارات. وحتى تحقق الإحصاءات أهدافها لا بد أن تكون دقيقة وصادقة وتنقل الحدث بأمانه دون زيادة أو نقص.

مراحل العمل الإحصائي الطبي:

يمر العمل الإحصائي بعدة مراحل وفقا لما يلي

1. **النطاق:** فهم الاحتياجات الإحصائية وتأكيدهما، وتحديد الحلول الممكنة.

2 **التصميم:** تصميم جميع الخطوات اللاحقة للعملية الإحصائية.

3. **التنظيم:** إعداد إجراءات سير العمل الإحصائي واختبارها.

أهمية الإحصاءات الطبية:

1. تساعد في عملية التخطيط لخدمات المستشفى المختلفة. فإذا أشارت التقارير الإحصائية إلى تزايد كبير في عدد الولادات داخل المستشفى وارتفاع معدل إشغال الأسرة في هذا القسم إلى أكثر من 100 % فإن إدارة المستشفى قد تخطط لتوسيع خدمات قسم الولادة لمواجهة حاجات المواطنين وهكذا.
2. تساعد الإحصاءات في تقدير حجم وتخصصات القوى البشرية التي يحتاجها المستشفى للقيام بأعماله المختلفة وفق المستجدات المستمرة في خدماته ونشاطاته.
3. تساعد في عملية توزيع الأسرة على الأقسام الطبية في المستشفى بطريقة عادلة ورشيده.
4. تقويم مستوى الرعاية الطبية التي يقدمها المستشفى، ويتم ذلك عن طريق حساب بعض المؤشرات الإحصائية كمتوسط إقامة المريض ومعدل الوفيات ومعدل الاستشارات وغيرها ومقارنتها بالمستشفيات الأخرى المشابهة أو بالسنوات لنفس المستشفى.
5. التنسيق بين المستشفيات التي تعمل تحت إدارة عامة واحدة لاستغلال الأماكن المتاحة في كل مستشفى في ضوء التقارير الإحصائية الواردة من هذه المستشفيات.

6. تساعد إدارة المستشفى على المتابعة المستمرة لحجم العمل في المستشفى ومعرفة مدى تحقيق الأقسام المختلفة للأهداف المرسومة لها ومقارنة الإنجازات مع التكاليف.
7. تعتبر إحصاءات المستشفى مصدراً هاماً للإحصاءات الحيوية والوبائية وإحصاءات الأمراض والصحة العامة في كل بلد.
8. تعتبر الإحصاءات أداة هامة في إجراء البحوث والدراسات الطبية والوبائية.
9. تعتبر إحصاءات المستشفيات مصدراً هاماً للمعلومات في مجال التخطيط ورسم السياسات الصحية في البلد.

قسم السجلات الطبية

يقوم قسم السجلات الطبية بدور هام وأساسي في تخطيط وتشغيل ومتابعة نظام الإحصاءات الطبي في المستشفى.

أهمية قسم السجلات الطبية:

1. المشاركة والمساعدة في وضع نظام إحصائي طبي متكامل للمستشفى.
2. شرح النظام الإحصائي لأقسام المستشفى المختلفة ومساعدتهم في تطبيقه وإدامته.
3. يعتبر قسم السجلات الطبية المرجع فيما يتعلق بكافة الاستفسارات والاسئلة المرتبطة بالإحصاءات الطبية في المستشفى، سواء كانت هذه الأسئلة من خارج المستشفى أو من داخله.
4. استلام التقارير الإحصائية من الأقسام، والمتابعة المستمرة معها لضمان إرسال هذه التقارير في مواعيدها المحددة.
5. تنسيق كافة التقارير الإحصائية في المستشفى وتجميعها وتبويبها.
6. تحليل السجلات الطبية للمرضى الذين تخرجوا من المستشفى وتحضير التقارير الإحصائية الخاصة بذلك.
7. رفع التقارير الإحصائية بعد تحليلها إلى إدارة المستشفى.
8. تحضير التقارير الإحصائية التي قد تطلبها إدارة المستشفى لأغراض خاصة.

أهم أنواع التقارير الإحصائية في السجلات الطبية:

تتنوع التقارير الإحصائية في السجلات الطبية، حيث يوجد لكل قسم في المستشفى سجل طبي خاص به.

1. التقرير الشهري لأعمال قسم الطوارئ
2. التقرير الشهري لمراجعي العيادات الخارجية
3. التقرير الشهري لأعمال قسم التوليد
4. التقرير الشهري لأعمال قسم الجراحة
5. التقرير الشهري لأعمال قسم المختبر.
6. التقرير الشهري لأعمال مختبر القلب وفحوص القلب

1. التقرير الشهري لأعمال قسم الطوارئ:

التقرير الشهري لأعمال قسم الطوارئ، ويشتمل على البيانات التالية:

- أ- عدد الحالات الطارئة التي قد تهدد الحياة.
- ب- عدد الحالات غير الطارئة.
- ت- الحالات المحولة من مستشفيات أو مراكز أخرى.
- ث- الحالات المحولة إلى مستشفيات أو مراكز أخرى.
- ج- عدد الزيارات حسب فئات المرضى.
- ح- متوسط عدد العاملين في القسم من كل فئة.
- خ- اسم وتوقيع منظم الكشف.
- د- اسم وتوقيع مسؤول القسم.

2. التقرير الشهري لمراجعي العيادات الخارجية:

ويشتمل على البيانات التالية:

- أ- عدد الزيارات للمرضى الجدد.
- ب- عدد الزيارات للمرضى القدامى.
- ت- عدد المحولين من مستشفيات وعيادات أخرى.
- ث- عدد المحولين الى مستشفيات وعيادات أخرى.
- ج- عدد الزيارات حسب فئات المرضى.
- ح- متوسط عدد العاملين في القسم.

- خ- اسم وتوقيع منظم الكشف.
- د- اسم وتوقيع مسؤول القسم.
- ذ- متوسط عدد العاملين.
- ر- اسم وتوقيع منظم الكشف.

3. التقرير الشهري لأعمال قسم التوليد:

ويشتمل على البيانات التقرير الشهري التالية:

- أ- عدد الولادات الطبيعية.
- ب- عدد الولادات القيصرية.
- ت- عدد الولادات باستعمال الملقط.
- ث- عدد الولادات باستعمال جهاز الشفط).
- ج- تحليل لأعمال القسم.
- ح- عدد الولادات حسب فئات المرضى ومتوسط عدد العاملين في اليوم وفق كل فئة.
- خ- اسم منظم الكشف وتوقيعه.
- د- اسم مسؤول القسم وتوقيعه.

4. التقرير الشهري لأعمال قسم الجراحة:

ويشتمل على البيانات اسم مسؤول القسم الاختصاصات التالية:

- أ- عدد العمليات للمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين حسب الجهة الموجودة في المستشفى.
- ب- عدد العمليات حسب فئات المرضى.
- ت- مجموع ساعات العمليات خلال الشهر لكل من المرضى الداخليين والمرضى الخارجيين.
- ث- اسم وتوقيع منظم الكشف.

5. التقرير الشهري لأعمال قسم المختبر:

ويحتوي على البيانات التالية:

- أ- عدد الفحوص للمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين.
- ب- فحوص الدم.
- ت- فحوص الكيمياء الحيوية.
- ث- فحوص البول.
- ج- فحوص الغائط.
- ح- فحوص البكتيريا.
- خ- فحوص الخلية.
- د- فحوص التشريح.
- ذ- حالات التبرع بالدم.
- ر- حالات نقل الدم.
- ز- عدد الفحوص المخبرية حسب فئات المرضى.
- س- متوسط عدد العاملين في القسم.
- ش- اسم منظم الكشف وتوقيعه.
- ص- اسم مسؤول المختبر وتوقيعه.

6. التقرير الشهري لأعمال مختبر القلب وفحوص القلب:

والتي تحتوي على البيانات التالية:

- أ- عدد الفحوص والمعالجات للمرضى الداخليين وللمرضى الخارجيين.
- ب- الفحوص والمعالجات وفق فئات المرضى (المشتركين والمنتفعين في التأمين الصحي).
- ت- متوسط عدد الموظفين العاملين في كل قسم.
- ث- اسم منظم الكشف وتوقيعه.
- ج- اسم مسؤول القسم وتوقيعه.

ومن التقارير الأخرى التي يتم إعدادها كل شهر في قسم السجلات الطبية:

- أ- التقرير الشهري لأعمال قسم الأشعة.
- ب- التقرير الشهري لأعمال قسم معالجة الرئة.
- ت- التقرير الشهري لأعمال قسم المعالجة التنفسية.
- ث- التقرير الشهري لأعمال قسم المعالجة الحكيمة.

الأسبوع الرابع عشر

المتطلبات القانونية وتكنولوجيا المعلومات وتطبيقاتها العملية في السجل الطبي

ما هو السجل الصحي القانوني؟

السجل الصحي القانوني: وهو توثيق خدمات الرعاية الصحية المقدمة للفرد خلال أي جانب من جوانب تقديم الرعاية الصحية في أي نوع من مؤسسات الرعاية الصحية وهو المستهلك أو المريض، يحتوي السجل الصحي القانوني على بيانات يمكن التعرف عليها بشكل فردي، ويتم تخزينها على أي وسيط ويتم جمعها واستخدامها مباشرة في توثيق الرعاية الصحية أو الحالة الصحية.

أهمية السجل كوثيقة قانونية:

1. يعتبر السجل الطبي وثيقة قانونية هامة يُعتمد عليها رسمياً لبيان نوع وطبيعة الخدمات التي تم تقديمها إلى المريض أثناء وجوده في المستشفى.

2. تحظى المعلومات التي يشتمل عليها السجل الطبي بأهمية خاصة لدى الدوائر القانونية؛ لأنها تغطي جميع الجوانب المرتبطة بالأحداث التي لها أثر مباشر على رعاية المريض، فهي تربط الحدث بالعملية الجراحية التي أجريت للمريض مثلاً، بالأشخاص كالجراح، الممرض، الفني، والزمان ووقت إجراء العملية والمكان، غرفة العمليات والوسائل كأدوات الجراحة، أجهزة التنفس والأساليب، طريقة إجراء العملية، نوع التخدير والدوافع كالمبررات الطبية للعملية الجراحية والنتائج شفاء تام، شفاء جزئي، إعاقة، وفاة.

3. أن الأبعاد القانونية للسجل الطبي تهم عدة أشخاص منهم، المريض وذويه والأطباء وإدارة المستشفى ومؤسسات وشركات التأمين، ودوائر الاستخدام والمحاكم ومؤسسات الضمان الاجتماعي، وإذا كانت الحالة المرضية ناتجة عن حادث أو إصابة، حيث أن الجوانب القانونية تهم بالإضافة للمصاب، الادعاء العام والأشخاص المسببين والطبيب الشرعي.

المتطلبات القانونية نحو السجلات الطبية:

يقوم المستشفى بجمع السجلات الطبية والاحتفاظ بها لصالح المريض، فضلاً عن حماية المستشفى والطبيب. ومع ذلك، فإن البيانات الشخصية التي يحتويها السجل تعتبر سرية وهي ملكية تهم المريض، بالإضافة إلى ذلك إن الاحتفاظ بالسجلات الطبية تعتبر لصالح المريض، حيث يتم الاحتفاظ أيضاً بالسجلات الطبية كدليل للمستشارين، حيث يستخدم أيضاً في الدراسات لتعليم

الطلاب الجامعيين وطلاب الدراسات العليا ولتدريب الممرضات وللبحوث الإحصائية الطبية ولحماية الطبيب وأيضاً لحماية أعضاء الفريق الطبي الذي يساهم في علاج المريض.

السجلات الطبية الإلكترونية: (EMRS) هي نسخة رقمية من مخططات ورقية في مكتب الطبيب حيث يحتوي السجل الطبي الإلكتروني (EMR) على تاريخ الطبي والعلاجي للمرضى في عيادة واحدة. السجلات الطبية الإلكترونية لها العديد من المزايا على السجلات الورقية.

فوائد السجلات الطبية الإلكترونية

من خلال السجلات الصحية الإلكترونية التي تعمل بكامل طاقتها، يتمتع جميع أعضاء الفريق بإمكانية الوصول الفوري إلى أحدث المعلومات التي تتيح رعاية أكثر تنسيقاً وتركز على المريض. مع السجلات الصحية الإلكترونية:

1. المعلومات التي تم جمعها من قبل مقدم الرعاية الأولية تخبر طبيب قسم الطوارئ بحساسية المريض التي تهدد حياته، بحيث يمكن تعديل الرعاية بشكل مناسب ، حتى لو كان المريض فاقداً للوعي.
2. يمكن للمريض تسجيل الدخول إلى سجله الخاص والاطلاع على اتجاه نتائج المختبر على مدار العام الماضي، مما قد يساعد في تحفيزه على تناول أدويته ومواكبة التغييرات في نمط الحياة التي أدت إلى تحسين الأرقام.
3. النتائج العملية التي أجريت الأسبوع الماضي مسجلة بالفعل لإخبار الأخصائي بما تحتاج إلى معرفته دون إجراء اختبارات مكررة.
4. يمكن أن تساعد ملاحظات الطبيب من إقامة المريض في المستشفى في إبلاغ تعليمات الخروج ومتابعة الرعاية وتمكين المريض من الانتقال من مكان رعاية إلى آخر بشكل أكثر سلاسة.

الشروط التقنية للسجلات الطبية الإلكترونية

1. يجب أن تكون البيانات والمعلومات رقمية.
2. يجب أن تكون قاعدة البيانات محوسبة.
3. يجب أن يتم حفظ جميع التقارير والمعلومات و صور الأشعة في نظام محوسب.
4. يجب استخدام الأجهزة الإلكترونية فقط.
5. عدم استخدام أي سجل ورقي أو خطي.

6. تعزيز قاعدة البيانات والمعلومات.
7. عمل نسخ احتياطية لجميع بيانات المرضى كافة.
8. الحفاظ على سرية حفظ المعلومات.

الأسبوع الخامس عشر

اقسام السجل الطبي وواجباته وتصميمه ومساحته ومحتوياته

اقسام السجلات الطبية

يمكن أن تتوفر السجلات الطبية بثلاثة أشكال أساسية، وهي كالاتي:

1. السجلات الطبية الورقية وهي عبارة عن مجموعة من الأوراق، التي يتم الاحتفاظ بها في مجلدات، ثم يتم حفظها في نظام أكبر، ومن سلبيات هذا النوع من السجلات؛ أنها يمكن أن تشغل مساحة كبيرة جداً، كما أنه من السهل فقدانها أو إتلافها.

2. السجلات الطبية الإلكترونية حيث إن السجل الإلكتروني هو كالسجل الورقي، باستثناء أنه يتم تخزين جميع المعلومات إلكترونياً، حيث يتم إدخال السجلات الطبية محوسبة، ونتيجةً لذلك يمكن بسهولة تقديم طلبات الأطباء باستخدام جهاز كمبيوتر، مع التأكد من عدم وجود احتمال لسوء تفسير الكتابة اليدوية أو عدم قراءتها، كما يمكن للأطباء البحث عن حالات مختلفة، للمساعدة في علاج المرضى.

3. السجلات المختلطة حيث تحتوي السجلات المختلطة على بعض المعلومات المخزنة إلكترونياً، وبعض المعلومات الورقية.

واجبات ومسؤوليات كاتب السجلات الطبية

1. القيام بإعداد مخططات المريض وجمع المعلومات والوثائق من المرضى.
2. التأكد من أن السجلات الطبية منظمة ودقيقة وكاملة.
3. عمل نسخ رقمية من الأوراق وتخزين السجلات إلكترونياً.
4. حفظ الأوراق وتقارير المرضى بسرعة وبدقة.
5. حماية سجلات المرضى والتأكد من امتثال الجميع لمعايير.
6. نقل البيانات إلى قاعدة بيانات النظام الرئيسي للمنشأة.
7. إعداد سجلات قبول وخروج المريض.

ما هي محتويات السجل الطبي؟

كي يحقق السجل الطبي الأهداف والوظائف المختلفة، لا بد من احتوائه على معلومات كاملة وشاملة تغطي جميع الجوانب المتعلقة بالحالة المرضية التي يعاني منها المريض. فالسجل الطبي في جميع المستشفيات ولجميع المرضى يجب أن يحتوي على ثلاثة أجزاء من المعلومات هي:

1. المعلومات الإدارية والاجتماعية:

المعلومات الإدارية والاجتماعية يجب أن يشتمل السجل الطبي على معلومات إدارية واجتماعية كافية تعرّف بالمريض وتكشف بعض الجوانب الشخصية التي قد يكون لها ارتباط بالحالة المرضية التي يعاني منها.

2. المعلومات التمريضية والفنية:

نتيجة للتقدم التكنولوجي والذي أحرزته العلوم الطبية الحديثة مؤخراً وتشعب الخدمات التي يقدمها المستشفى المريض واعتماد بشكل متزايد على التكنولوجيا والتخصصات الطبية المساندة، كان لا بد أن يضم الفريق الطبي إضافة للأطباء والمرضى أعضاء جدد، كفني المعالجة التنفسية والصيدلاني والمعالج الحكمي واختصاصي التغذية وغيرهم. وحيث أن جهاز التمريض وهؤلاء الفنيين يقدمون خدمات طبية مساندة تحت إشراف الطبيب الذي يرأس الفريق، فلا بد من وجود مساحات أوسع في السجل الطبي لكي يتمكن هؤلاء من تسجيل ملاحظاتهم حول الخدمات التي يقدمونها للمريض بناءً على الخطة التي وضعها الطبيب المشرف.

3. المعلومات الطبية:

تشكل المعلومات الطبية العمود الفقري للسجل الطبي؛ فهي تغطي كافة الجوانب الطبية المتعلقة بالحالة المرضية بشكل واضح ودقيق وشامل، موثق بالتوقيع والتاريخ والساعة، ويتسلسل يتناسب مع متطلبات التشخيص وتنفيذ الخطة العلاجية ومتابعتها.

***** انتهى *****

أتمنى لكم النجاح والموفقيه