

الصفحات	الموضوع
١	أهداف الدليل الجزء الأول: الفصل الأول:
١٣-٣	- المصطلحات والتعاريف الفصل الثاني: - المعايير القياسية العامة
١٦-١٤	الفصل الثالث: - القواعد والأسس
٥٠-١٧	الفصل الرابع: - مهام قسم السجلات الطبية
٥٦-٥١	الفصل الخامس: - الوصف الوظيفي ومتطلبات القسم من القوى العاملة
٦٧-٥٧	الفصل السادس: - متطلبات القسم من الأجهزة والمعدات
٧٤-٦٨	الجزء الثاني: إجراءات العمل: - التسجيل المركزي
٨١-٧٦	- العيادات الخارجية - الإسعاف والطوارئ - مكتب التنويم
٨٤-٨٢	- أقسام المرضى (الأجنحة)
٨٨-٨٥	- معالجة ملفات العيادات الخارجية
٩٤-٨٩	- معالجة ملفات المرضى المنومين
٩٨-٩٥	- حفظ واستعادة ملفات المرضى وصور الأشعة
١٠٠-٩٩	- مكتبة السجلات الطبية
١٠٤-١٠١	- رسوم توضيحية
١٠٦-١٠٥	
١٠٩	
١١٣-١١٠	

أهداف الدليل

- ١) استحداث نظام موحد للسجلات الطبية في مستشفيات الوزارة وفقاً للأسس والمعايير والقواعد المعتمدة محلياً ودولياً .
- ٢) تأسيس وحفظ ملفات طبية متكاملة لكل مريض يتم علاجه في هذه المستشفيات .
- ٣) تحديد المعايير والأسس العامة والسياسات التشغيلية لقسم السجلات الطبية .
- ٤) إدارة وتطوير أقسام السجلات الطبية بحيث تكون قادرة على المساهمة في تقديم أفضل الخدمات العلاجية للمرضى ودعم برامج التعليم والتدريب الطبي والأبحاث والدراسات الطبية .
- ٥) المحافظة على سرية المعلومات التي تحتويها السجلات الطبية وحماية الحقوق القانونية لكل من المرضى والعاملين والمستشفى .
- ٦) جمع وتحليل المعلومات والإحصاءات اللازمة لمراقبة الجودة وكفاءة الإدارة والتشغيل .
- ٧) المساهمة في تقديم خدمات فورية لمرضى الإسعاف والعيادات الخارجية والأقسام الداخلية وتنظيم حركة المرضى في تلك الأقسام .
- ٨) مساعدة الفريق الطبي وهيئة التمريض وكوادر الخدمات الطبية المساندة وموظفي قسم السجلات الطبية على تأدية الأعمال ذات العلاقة بالسجلات الطبية .
- ٩) الاستفادة من الدليل في البرامج التدريبية .
- ١٠) الاستفادة من الدليل في موضوع تطبيق نظم المعلومات واستخدام تقنيات حفظ الملفات والسجلات الطبية النشطة والمتقاعدة .

الفصل الأول

المصطلحات و التعاريف

٧ سجل الإسعاف والطوارئ:

يستخدم تسجيل مرضى الإسعاف والطوارئ ويتم الاحتفاظ بهذا السجل في قسم الإسعاف والطوارئ لمدة عام ثم يرسل إلى قسم السجلات الطبية.

٧ قائمة انتظار الدخول:

وهي قائمة يسجل بها أسماء المرضى الذين هم في انتظار التنويم بالمستشفى وذلك بسبب عدم توفر سرير أو غرفة.

٧ دمج وتوحيد الملفات:

دمج ملفات المريض التي تم فتحها في فترات مختلفة في ملف واحد.

٧ ترتيب الملفات:

تنظيم النماذج المختلفة بطريقة علمية وفقاً لما نص عليه دليل سياسات وإجراءات العمل .

٧ الأشخاص المخولين:

وهم موظفي المستشفى ذوي العلاقة المباشرة برعاية المريض كالأطباء .

٧ الإسعاف والطوارئ:

وهو القسم الذي يتم فيه استقبال الحالات الإسعافية والطارئة.

٧ تعداد المرضى:

وهو إحصاء عدد المرضى المنومين بالمستشفى بصورة يومية.

٧ نظام الملفات المركزي:

وهو نظام تخزين كل المعلومات في سجل مركزي واحد.

٧ تحليل الملفات:

مراجعة الملفات مراجعة دقيقة لمعرفة أماكن النقص.

الترميز:

وهو نظام يعتمد على الأرقام ويستعمل لتسهيل عملية استرجاع المعلومات من الحاسب الآلي أو النظام اليدوي .

الترميز اللوني:

وهو نظام الترميز بطريقة الرقم الأخير وتستخدم فيه أرقام ملونة بألوان مختلفة.

الملف الشامل:

هو الملف الذي يحتوي على جميع النماذج الأساسية كما يحتوي على معلومات سرية تفصيلية وفقاً للمعايير والأسس والقواعد المعمول بها بالمستشفى.

السرية:

حماية المعلومات التي تحتويها ملفات المريض من السرقة والاستخدامات غير السليمة ولا يطلع عليها إلا الأشخاص المخولين بذلك.

الإفراجات:

ويقصد بها الحصول على الموافقة الإدارية من المريض أو ولي أمره المفوض فيما يخص القيام بالإجراءات العلاجية والعمليات الجراحية والفحوصات اللازمة.

فحص النواقص:

مراجعة ملفات العيادات الخارجية والمرضى المنومين من قبل موظفي السجلات الطبية وذلك للتأكد من عدم وجود أي نواقص بها.

الدخول المباشر:

دخول المريض لأقسام المرضى الداخلية مباشرة وبدون المرور بمكتب تنويم المرضى .

تحليل حالات الخروج:

وضع ترتيب جدولي للمعلومات المتوفرة عن حالات الخروج للوقوف على نوعية الخدمة التي تقدمها المستشفى.

فهرس الأمراض والعمليات :

وهو فهرس يوضح معلومات عن المريض أهمها التشخيص والإجراءات الجراحية.

الفواصل:

وهي فواصل من الورق المقوى توضع بملف المريض لفصل الوثائق عن بعضها وفقاً لنوعية الخدمة المقدمة كالعيادات الخارجية، نتائج الفحوصات، الأقسام الداخلية، كما تستخدم لفصل الفهارس.

غرفة اجتماعات الأطباء:

وهي غرفة داخل قسم السجلات الطبية تخصص للأطباء لمراجعة وإكمال الملفات الطبية.

الحالات المشكوك فيها:

وهي الحالات التي فيها أخطاء إما في أرقام المستشفى أو أسماء المرضى.

الحالات الإسعافية:

وهي الحالات التي تحتاج إلى تدخل طبي أو جراحي سريع وذلك لمنع تدهور حالة المريض.

ملف الإسعاف:

وهو ملف معالجة المريض بالإسعاف والطوارئ وفي حالة تحويل المريض للعيادات الخارجية يضم الملف إلى ملف المريض العام.

تقييم خدمات قسم السجلات الطبية :

وهو تقييم يحدد كفاءة قسم السجلات الطبية في أداء أعماله مثل دقة معلومات الملفات وترتيب الفهارس.

وفيات الأجنة:

وهي وفاة الأجنة داخل الأرحام قبل الولادة أيًا كانت مدة الحمل.

غلاف الملف الطبي:

يكون من الورق المقوى وذو وجهين يصمم بصورة معينة ويستخدم لحفظ نماذج السجلات الطبية.

٧ مواعيد المراجعة:

وهي مواعيد تعطى للمرضى القدامى لمراجعة العيادات الخارجية في تاريخ ووقت محدد لمتابعة حالاتهم المرضية.

٧ ترتيب النماذج:

وهي عملية ترتيب نماذج السجلات الطبية داخل الملف الطبي.

٧ مراكز الرعاية الصحية:

وهي المراكز التي تقوم بالرعاية الصحية الأولية للمريض وتقوم بتحويل المريض إلى أقرب مستشفى إذا دعت الضرورة إلى ذلك.

٧ المعلومات الطبية:

أي معلومات طبية تتعلق بالنواحي العقلية أو الجسمانية أو الاجتماعية للمريض

٧ المرضى المنومون:

وهم المرضى الذين تم تنويمهم بالأقسام الداخلية لمدة لا تقل عن (٢٤) ساعة وتقدم لهم خدمة مستمرة بواسطة الهيئة الطبية.

٧ أرقام المستشفى:

وهي الأرقام التي تسجل على ملفات المرضى عند أول مراجعة للمستشفى ويستخدم هذا الرقم في جميع المراجعات المستقبلية.

٧ سجل التنويم:

وهو سجل يدون فيه كل ما يتعلق بالمريض منذ لحظة دخوله وحتى تاريخ خروجه من المستشفى .

٧ تقرير حادث:

وهو تقرير يكتب في حالة حدوث أي حادث عرضي للمريض خلال فترة تنويمه.

٧ التصنيف الدولي للأمراض:

وهو تصنيف رقمي للأمراض والإجراءات والعمليات تعتمد منظمة الصحة العالمية.

المعلومات:

هي المحصلة النهائية لعملية جمع وجدوله وتحليل البيانات للأعتماد عليها في اتخاذ قرار معين .

حالات الخروج:

وهي الحالات التي انتهت فترة تنويمها بالمستشفى.

الوصف الوظيفي:

وهو وثيقة تحتوي على معلومات عن وظيفة معينة وما تتطلبه من مؤهلات وخبرة وتدريب عملي ومهارات وقدرات معينة .

مدة التنويم:

وهي المدة التي يمكنها المريض داخل المستشفى وتحسب من تاريخ الدخول حتى تاريخ الخروج .

المواليذ الأحياء:

وهم المواليد الجدد الذين توجد عليهم كل العلامات الحيوية مثل النبض والتنفس وضربات القلب وحركات العضلات الإرادية .

سوء ممارسة المهنة:

وتعني الإهمال وعدم المبالاة والعلاج غير السليم للمرضى.

تقييم الرعاية الطبية:

وهو عبارة عن برنامج لتقييم الرعاية المقدمة لأي مريض.

الإستشارة الطبية:

وهي استجابة أحد الأطباء لطلب المشورة المقدم من طبيب آخر وذلك لدراسة حالة المريض وتقييمها طبياً .

الملف الطبي:

ملف متكامل يحتوي على كل المعلومات التعريفية والطبية والاجتماعية التي تهم المريض ويضم ملف العيادات الخارجية وملف الأقسام الداخلية.

السجل الطبي:

أي سجل بالمستشفى تسجل فيه معلومات عن المرضى مثل سجل العمليات وسجل الإسعاف والطوارئ وسجل المواليد وسجل الوفيات.

لجنة السجلات الطبية:

وهي اللجنة التي تقوم بتقييم الملفات الطبية للمرضى وتقييم الخدمات المقدمة لهم.

قسم السجلات الطبية:

من أهم أقسام المستشفى وعليه تقع مسؤولية الإهتمام بملفات المرضى وإعداد التقارير التي توضح نوعية وكمية العمل الذي تم إنجازه والمساهمة في تطوير الخدمات الطبية.

نماذج السجلات الطبية:

وهي النماذج المستخدمة رسمياً في الملف الطبي لتدوين المعلومات المختلفة عن المريض.

تقرير طبي:

وهو عبارة عن معلومات طبية متكاملة تشمل نتائج الكشف السريري والتاريخ المرضي ونتائج الفحوصات والعلاجات والتشخيص المبدئي والنهائي لحالة مرضية.

حالات الطب الشرعي:

وهي حالات القضائية مثل الحالات والانتحار القتل والحرق وغيرها من الحالات القضائية.

نسبة الأمراض:

وهي النسبة المئوية للأمراض في مجتمع معين لفترة زمنية معينة.

نسبة الوفيات:

وهي النسبة المئوية للوفيات الناتجة عن الأمراض في مجتمع معين ولفترة زمنية معينة.

إلصاق نتائج الفحوصات وتقارير الأشعة:

يتم إلصاق وتثبيت نتائج الفحوصات المخبرية وتقارير الأشعة على النماذج المخصصة لها داخل الملف الطبي .

المرضى الجدد:

وهم المرضى الذين يراجعون المستشفى لأول مرة ويعطون أرقام لملفاتهم الطبية ويفتح لهم ملفات عيادات خارجية جديدة وذلك بعد أخذ المعلومات التعريفية الكاملة والصحيحة.

نظام الحفظ:

وهو نظام يسهل عملية التعرف على الملفات والاحتفاظ بها واستعادتها.

السجلات والملفات الطبية المتقاعدة:

وهي السجلات والملفات الطبية غير النشطة والتي تم الاحتفاظ بها لفترة طويلة لأغراض التعليم والأبحاث أو الطب الشرعي وتشمل ملف المريض - صور الأشعة - السجلات الطبية - التقارير والفهارس المختلفة.

المرضى القدامى (مرضى المتابعة):

وهم المرضى الذين تم معالجتهم إما بالأقسام الداخلية أو العيادات الخارجية ولا تزال ملفاتهم نشطة.

بطاقة تجديد مكان الملف:

وهي بطاقة يحدد فيها مكان الملف.

قائمة مواعد العيادات الخارجية:

يتم تحديد عدد المرضى الجدد والقدامى لكل عيادة وذلك بالتنسيق بين إدارة المستشفى ورئيس قسم السجلات الطبية.

الخدمات الطبية المساندة:

وهي كوادر مؤهلة لتقديم المساعدة للكادر الطبي وذلك للعناية بالمريض وإكمال شفائه ويتم عملهم تحت إشراف الأطباء.

بطاقة فهرس المرضى الرئيسية:

تكون بالحجم (٣x٥ بوصة) وتحتوي على المعلومات التعريفية الكاملة كما تحتوي على رقم المستشفى ويتم ترتيبها وفقاً للحروف الأبجدية.

دليل السياسات:

وهو الدليل الأساسي الذي يحدد القواعد والقوانين التي تحكم العمل.

ملفات المرضى مسبقاً الترقيم:

وهي ملفات مرقمة تحتوي على جميع النماذج المهمة يتم تجهيزها لتسهيل عملية التسجيل.

المحافظة على الملفات:

يجب الاحتفاظ بملفات المرضى في أماكن مخصصة لذلك لمنع تعرضها للتلف أو الضياع.

الخصوصية:

وتعني المحافظة على خصوصية المعلومات المدونة بملفات المرضى وعدم نشرها .

حق نشر المعلومات:

المعلومات التي تنشر عن المريض بواسطة الطبيب وبإذن من المريض.

الإجراءات:

وهي الخطوات المتسلسلة اللازم اتباعها لإنجاز أي عمل في وقت محدد.

متابعة السجلات:

وتشمل مراجعة السجلات الطبية لتحديد أي نواقص من حيث النوع والكم.

التحليل النوعي:

وهو برنامج دراسة لكل الملفات وتقوم به الهيئة الطبية وذلك لتقييم الخدمات المقدمة.

إدارة الجودة:

وهي عملية متكاملة يتم القيام بها لتحسين جودة العمل بصورة مستمرة.

٧مراقبة الملفات:

وهي عملية مراقبة للملفات للتأكد من صحة إعدادها وحفظها في أماكن مأمونة والمحافظة على سرية معلوماتها.

٧التحويل:

ويشتمل على نوعين:

- أ. من خارج المستشفى: ويتم من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الأخرى.
- ب. من داخل المستشفى: ويتم من قسم لآخر.

يجب تعبئة النموذج الخاص بالتحويل وهو نموذج من أصل وصورتين بحيث يرسل الأصل وصورة للمستشفى وتبقى صورة بملف المريض بمركز الرعاية الصحية الأولية أو المستشفى المحول منه ، وعند الانتهاء من علاج المريض ترسل الصورة الثانية للجهة المحول منها المريض وتدون كل المعلومات الخاصة بذلك.

٧المحافظة على الملفات:

وتعني الاحتفاظ بالملفات لاستخدام المعلومات في المستقبل وذلك بغرض التخطيط والتطبيق ويتم الاحتفاظ بالملفات وفقاً لتعليمات تصدر من وزارة الصحة .

٧مراجعة الملفات:

ويتم بواسطة الطبيب المعالج وذلك لتحديد استمرار بقاء المريض بالمستشفى.

٧المعايير القياسية:

وهي المعايير التي توضع للتقييم الكمي والنوعي للخدمات.

٧الدعوى القضائية:

الدعوى التي ترفع إلى المحكمة لأخذ الحق.

٧استدعاءات المحكمة:

وهي وثيقة طلب حضور للمحكمة لإثبات حضور المدعى عليه.

الفصل الثاني

المعايير القياسية العامة

المعايير القياسية العامة

أولاً:

يحتفظ المستشفى بسجلات طبية موثقة بدقة وتسلسل زمني ويمكن الرجوع إليها بصفة مستمرة لاسترجاع المعلومات والبيانات المطلوبة بما في ذلك البيانات الإحصائية بصورة فورية وبسهولة.

(١) يتم الإحتفاظ بملف طبي متكامل لكل مريض يتلقى علاجاً في الأقسام الداخلية أو الإسعاف أو العيادات الخارجية.

(٢) يجب أن يحتوي ملف المريض على المعلومات التعريفية كاملة ونتائج الكشف السريري ونتائج الفحوصات المخبرية وتقارير الأشعة .

(٣) يجب أن يحتوي ملف المريض على معلومات متكاملة تمكن الأطباء وهيئة التمريض وغيرهم ممن يقومون بالرعاية المستمرة للمريض من تحديد حالة المريض عند مرحلة معينة ومراجعة وتقييم الإجراءات التشخيصية والعلاجية التي خضع لها المريض ومدى استجابته لها.

ثانياً:

يجب أن يحتوي الملف الطبي على معلومات تعرف بالمريض وتدعم التشخيص وتبرر العلاج والنتائج النهائية.

(١) معلومات تعريفية صحيحة وشاملة عن المريض.

(٢) التاريخ المرضي ويجب أن يكتب خلال ٢٤ ساعة من تنويم المريض .

(٣) الكشف السريري ويجب أن يدون خلال ٢٤ ساعة من تنويم المريض.

(٤) إقرار خطي من المريض بالموافقة على العلاج بصفة عامة .

(٥) جميع الإجراءات التشخيصية والعلاجية الخاصة بالمريض.

(٦) جميع التقارير الخاصة بنتائج الفحوصات المخبرية والشعاعية والنوية

والاستشارات الطبية وتطور الحالة المرضية والتخدير وأي إجراءات

علاجية وجراحية أو تشخيصية أخرى يجب أن ترفق بملف المريض.

(٧) ملخص الخروج ويكتب عند نهاية فترة التنويم ويشتمل على التشخيص

النهائي ، ملخص التاريخ المرضي ، نتائج والكشف الطبي ، النتائج

المخبرية والشعاعية والإجراءات العلاجية وأي تعليمات تهم المريض أو عائلته.

ثالثاً:

- السجلات الطبية وثيقة سرية ، مصادرة ، صحيحة ، سارية ، واضحة وكاملة.
- (١) السجلات الطبية : ملك للمستشفى ويتم الاحتفاظ بها لمصلحة المريض والمستشفى والهيئة الطبية.
 - (٢) المستشفى مسئول عن المحافظة على السجلات الطبية ومحتوياتها من الضياع والتزييف أو الإطلاع عليها من قبل الأشخاص غير المخولين بذلك.
 - (٣) يتم إكمال المعلومات لملفات المرضى الذين تم خروجهم من المستشفى خلال فترة لا تتجاوز أربعة عشر يوماً من تاريخ الخروج.

رابعاً:

- يجب توفير الإشراف والتوجيه الملائم والعمالة المؤهلة اللازمة لأداء جميع الأعمال المطلوبة من قسم السجلات الطبية.
- (١) رئيس قسم السجلات الطبية يجب أن يكون مؤهلاً تأهيلاً عالياً حتى يتمكن من الإشراف وإدارة القسم.
 - (٢) يجب إعداد المكان والتجهيزات اللازمة لقسم السجلات الطبية لأداء مهامه على الوجه المطلوب.
 - (٣) يوفر القسم البيانات والمعلومات الإحصائية الأساسية وذلك بعد تحديد نوعية المعلومات المطلوبة من قبل الإدارة والجهاز الطبي ووزارة الصحة.
 - (٤) يجب إعداد خطة لتنمية القوى العاملة بالقسم ويكون رئيس قسم السجلات الطبية مسؤولاً عن تنفيذ تلك الخطة.
 - (٥) يتم تقييم خدمات قسم السجلات الطبية دورياً.

خامساً:

- يجب توضيح الدور الذي يقوم به قسم السجلات الطبية في عملية إدارة الجودة (QM).
- (١) مراجعة ملفات المرضى للتأكد من استيفائها للأسس والمعايير المعترف بها محلياً و دولياً ، أما معايير الكشف السريري فهي من اختصاص الجهاز الطبي .
 - (٢) المساهمة في اختيار وتصميم النماذج المستخدمة في السجلات الطبية وكذلك ترتيب مكونات السجلات الطبية.

- ٣) اتخاذ الإجراء المناسب للمحافظة على سرية ملفات المرضى .
- ٤) استخدام السجل الطبي كوثيقة في عملية البحث العلمي والتدريب الطبي المستمر .
- ٥) تقييم العناية الطبية من خلال استخدام الملف الطبي .
- ٦) استخراج المؤشرات والإحصائيات الطبية اللازمة .

الفصل الثالث

القواعد والأسس

القواعد والأسس

أولاً:

الوجه القانوني للسجلات الطبية:

السجل الطبي يحدد لمن ومتى وكيف تم تقديم العناية الطبية ، كما أنه يعطي تعريفاً للمريض والمكان الذي تم فيه تقديم العناية الطبية. ومع تقدم الخدمات العلاجية والجراحية فإنه قد أصبح من الضرورة الاحتفاظ بسجل طبي لتوضيح العناية الطبية التي نالها كل مريض.

تقسم السجلات الطبية إلى نوعين :

- أ. سجل طبي كوثيقة شخصية.
- ب. سجل طبي كوثيقة غير شخصية.

السجل الطبي كوثيقة شخصية:

§ يمكن من خلال السجل الطبي التعرف على المريض وذلك بمراجعة التاريخ المرضي والشواهد الطبية والعلاج الذي تناوله المريض ، لذا يجب أن لا يسمح بالإطلاع على ذلك السجل دون إذن خطي من المريض أو ولي أمره حيث أن المعلومات ذات طابع سري ، بينما يسمح للجهات الرسمية المخولة بذلك .

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

السجل الطبي كوثيقة غير شخصية:

§ في حالة استخدام السجلات الطبية للدراسات والأبحاث فإنها لا تعامل كوثيقة شخصية وذلك لعدم وجود ما يمس شخصية المريض كما أن الدراسات والأبحاث تتم بواسطة الأطباء وطلاب الطب وهيئة التمريض والكوادر الطبية المساعدة وجميعهم مقيدون بأخلاقيات وقواعد المهنة وسريتها ، وفي هذه الحالة فإن السجل يفقد صفته الشخصية وذلك لاستعمال أرقام السجلات بدلاً من البيانات الشخصية التي بداخلها ولهذا لا يستدعى الحال إذن المريض .

§ إذا كان البحث يتم بغرض الدراسة وليس النشر فلا يستدعي استشارة الطبيب المعالج إلا من قبيل الذوق العام . أما إذا كانت دراسة السجل الطبي بغرض النشر فإنه يجب الحصول على إذن الطبيب المعالج ، وعندما يكون الباحث من خارج المستشفى فعليه الحصول على موافقة الطبيب المعالج وإدارة المستشفى وموافقة المريض في حال نشر النتائج .

الجنة المركزية للطب الشرعي :

§ لهذه اللجنة الحق في طلب أي ملف طبي بالمستشفى ولا يحق لغير هذه اللجنة طلب أي ملف إلا الأشخاص المخولين من قبل المستشفى ووزارة الصحة.

الإذن بمغادرة المستشفى لفترة قصيرة:

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

ثانياً:

الإقرارات الخطية:

- يجب الحصول على موافقة خطية من المرضى أو أولياء أمورهم الشرعيين على العلاج الدوائي أو الجراحي عند استقبال أو تسجيل المرضى.
- يتم الحصول على الإقرار أو الموافقة العامة على العلاج الدوائي أو الجراحي بواسطة المختصين في مكتب الدخول روتينياً لكل حالات الدخول بينما الموافقة

الخاصة أو الإقرار الخاص بالعمليات الجراحية فيجب الحصول عليها بواسطة ممرض القسم أمام شهود ومع ذلك فإن المسؤولية القانونية تقع على الطبيب المعالج أو الجراح الذي سيجري العملية وفي حالة تعذر الحصول على الموافقة الخطية مثل الحالات الإسعافية التي تحتاج إلى عمليات جراحية لإنقاذ حياة المريض ، فيجب في مثل هذه الحالات الإسعافية وفي غياب الأقارب أن يدون في ملف المريض أن العملية الجراحية عاجلة ويجب إجراؤها لإنقاذ حياة المريض ولا يمكن تأخيرها أكثر من ذلك ويجب أن يوقع اثنين من الأطباء بمن فيهم الجراح الذي سيجري العملية.

- عند تنويم وتخريج المريض القاصر يجب أخذ إقرار خطي من ولي أمره ويأخذ هذا الإقرار بموجب نموذج رسمي من قبل موظف مكتب التنويم والتخريج وفي الحالات الطارئة التي يدخل فيها المريض إلى المستشفى أو في حال عدم وجود ولي أمره يجب أن يتم أخذ ذلك في وقت متأخر بعد التنويم.

ضوابط تنويم وتخريج المرضى من المستشفيات :-

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

(٢) يحق لأي من المذكورين تالياً الموافقة على تنويم أو تخريج ذويه من المرضى فاقدى الأهلية وهم الأب ، الأم ، الأخ ، الأخت ، الابن ، الابنة .

(٣) المريض العاقل البالغ من العمر (١٨) سنة فما فوق يعتبر مخولاً عن نفسه في توقيع إقرارات التنويم والتخريج (ما لم يكن غير قادر من الناحية الجسدية على ذلك فيحق لأي من أقرباءه المرافقين له التوقيع على هذه الإقرارات) . بالنسبة إلى المريضات العاقلات اللواتي أعمارهن فوق (١٨) عاماً وبعد توقيعهن إقرار الخروج من المستشفى يتم تسليم المريضة لولي أمرها (الزوج ، الأب ، الأم ، الأخ ، العم ، الوكيل الشرعي (مع الملاحظة أن الأم بالرضاعة لا تقبل) .

٤) أي وكيل شرعي يحمل وكالة شرعية من غير المذكورين في البنود ١ - ٣ - أعلاه .

٥) يشترط في من يخول بالموافقة على تنويم أو تخريج ذويه من المرضى القصر الآتي :-

أ. أن لا يقل عمره عن (١٨) عاماً .

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

ت. إثبات هويته بوثيقة رسمية سارية المفعول .

٦) يخضع توقيع الإقرارات الطبية الخاصة بالعمل الطبي أو الجراحي إلى موافقة المريض البالغ العاقل سواء كان ذكراً أو أنثى أما غير البالغين أو فاقدى الأهلية العقلية فيوقع عنهم الأشخاص المخولين بإدخالهم وإخراجهم حسب ما ورد بالبنود ١ - ٤ أعلاه .

٧) إذا ثبت بعد التنويم أو تخريج المريض أن ولي الأمر المحدد بالبنود ١ - ٤ - أعلاه غير كامل الأهلية بسبب مرض يمنعه من اتخاذ قرار سليم فإن مستشفيات الوزارة لا تتحمل أي مسؤولية قانونية من جراء عملية التنويم أو التخريج .

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

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

ثالثاً :

٧ إصدار المعلومات :

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

رابعاً:

٧ الجودة النوعية:

١. المراقبة النوعية:

وهي إجراءات التقييم التي تجري بانتظام للتأكد من تنفيذ السياسات والمعايير الموضوعية للسجلات الطبية وتشمل هذه الإجراءات المراجعة النوعية والكمية للسجلات الطبية وتقييم خدمات السجلات الطبية والرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

٢. التحليل الكمي:

التحليل الكمي هو مراجعة السجلات الطبية للتأكد من اكتمالها ودقتها واستيفائها للمعايير الموضوعية من قبل الوزارة أو لجنة السجلات الطبية بالمستشفى وعلى موظفي السجلات الطبية مسؤولية إجراء هذا التحليل بانتظام على سجلات مراجعي العيادات الخارجية والمرضى المنومين.

٣. التحليل النوعي:

- أ. ويقصد به مراجعة السجلات الطبية للتأكد مما يلي :
- ب. احتواء السجلات على المعلومات التي تبرر التشخيص والعلاج والنتائج النهائية.
- ج. أن تكون الآراء مدعومة بالحقائق الموجودة.
- د. الخلو من التناقضات والأخطاء.

٤. تقييم خدمات السجلات الطبية:

وهذا النوع من التقييم يجب أن يفي بالمعلومات عن مدى فعالية تأدية خدمات السجلات الطبية وكمثال مدى الدقة وترتيب وفهرسة أسماء المرضى والنسبة المئوية لملفات المرضى الحاصلين على مواعيد بالعيادات الخارجية عند بدء العمل بها ومدى دقة وترميز الأمراض وإلى أي مدى من الدقة يتم تسليم التقارير في الوقت المناسب وعلى مسئول السجلات الطبية تقييم العمل وعلى

لجنة السجلات الطبية بالمستشفى أن تراجع هذا التقييم وتتخذ الإجراء المناسب.

خامساً:

v التحكم بالنماذج:

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

v نماذج المستشفيات /السجلات /البطاقات:

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

ب- النماذج الأساسية والمتخصصة : أ- ٤ (٢١٠ في ٢٩٧ ملم) نماذج تدوين تاريخ المرض ، نماذج الكشف الطبي ، نماذج المتابعة ، نماذج تسجيل الحرارة والنبض والتنفس (الرسم البياني) ونماذج تقرير المختبر ونموذج طلب وتقرير الأشعة.

ج- نماذج طلبات الفحوص والتقارير المخبرية : ب- ٦ (١٢٥ في ١٧٥ ملم) مثل نماذج المختبر لعلم الأمراض ، الكيمياء الحيوية ، الأحياء الدقيقة ، الأشعة.

د- جميع النماذج الكبيرة للطلبات والتقارير يجب أن تكون من حجم (أ- ٥ و أ-٤).

سادساً:

v العيادات الشاملة :

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

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

سابعاً:

v السجلات الطبية الخاصة بمنسوبي المستشفى:

- أ- بصفة عامة يجب على كل مستشفى تخصيص عيادة لعلاج العاملين بالمستشفى وأسرههم وعلى إدارة المستشفى إعداد قائمة بأسماء منسوبيها وأسرههم وإرسالها لتلك العيادة وكذلك لقسم السجلات الطبية.
- ب- يتم تسجيل المريض أولاً في السجل المركزي ثم يرسل الملف لقسم السجلات الطبية لفتح الملف على أن تكون الملفات ذات ألوان خاصة حتى يمكن تمييزها عن الملفات الأخرى.
- ج- على العاملين بالمستشفى وأسرههم التقيد بمراجعة العيادة الخاصة بهم للعلاج أو التحويل للعيادات الأخرى.

د - يتم إكمال السجلات الطبية الخاصة بمنسوبي المستشفى ومراجعتها حسب لوائح ونظم السجلات الطبية ويتم الاحتفاظ بها حتى يترك الموظف العمل بالمستشفى.

ثامناً:

v ممتلكات المريض:

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

تاسعاً:

v خدمات المختبر والأشعة والصيدلة:

خدمات المختبر:

- (١) جميع طلبات الفحوصات يجب أن تكتب على النماذج الخاصة بذلك.
- (٢) على المختبر أن يضع نظام تسجيل صحيح حيث يتم حصر وتسجيل طلبات الفحوصات وكذلك التقارير الصادرة بخصوص تلك الفحوصات .
- (٣) منذ كتابة تقرير الفحص على نموذج منفصل عن نموذج طلب الفحص على المختبر كتابة المعلومات التعريفية على هذا النموذج .
- (٤) تصدر التقارير من أصل وصورة ويرفق الأصل بملف المريض ويصبح جزءاً منه أما الصورة فتحفظ في المختبر .
- (٥) لكل مختبر رقم يطلق عليه رقم المختبر يبدأ من ٠٠٠٠٠٠١ ويستمر لمدة خمس سنوات أو يصل إلى الرقم ٩٩٩٩٩٩ .
- (٦) لا بد من وجود سجل مرجعي تثبت فيه الفحوصات التي أجريت لأي مريض وفي أوقات مختلفة خلال فترة الرعاية الطبية المقدمة لهم وتكتب أمام الرقم المخصص له عند دخول المستشفى (رقم المستشفى) ليسهل على العاملين الرجوع للفحوصات التي أجريت للمريض .

- (٧) حفظ صور التقارير الصادرة من المختبر وتنطبق عليها التعليمات المستديمة الصادرة بشأن حفظ السجلات الطبية.
- (٨) ترسل جميع التقارير المخبرية المتعلقة بالمريض لقسم السجلات الطبية وذلك لحفظها حسب الجدول المعد لذلك .
- (٩) يعد المختبر تقريراً إحصائياً شهرياً بالفحوصات التي أجريت ويرسل لقسم السجلات الطبية وذلك قبل اليوم الخامس من بداية الشهر.

قسم الأشعة:

- (١) يجب أن تكتب طلبات الأشعة على النماذج الخاصة بذلك .
- (٢) يجب أن تحتوي جميع طلبات الأشعة على البيانات التعريفية وشكوى المريض والتاريخ وتوقيع الطبيب المعالج .
- (٣) تكتب التقارير من أصل وصورتين ويوضع الأصل مع صور الأشعة بالملف والصورة الأولى ترسل إلى قسم السجلات الطبية لتوضع في ملف المريض بينما تحفظ الصورة الثانية في قسم الأشعة كمرجع .
- (٤) لقسم الأشعة رقم خاص يطلق عليه رقم الأشعة ويبدأ من ٠٠٠٠٠١ ويستمر لمدة خمسة سنوات على الأقل أو حتى يصل الرقم إلى ٩٩٩٩٩٩ .
- (٥) على قسم الأشعة الاحتفاظ بسجل مرجعي يتم فيه تسجيل المرضى ورقم المستشفى وصور الأشعة التي أخذت لكل مريض وتواريخها والغرض من هذا السجل هو مساعدة موظفي قسم الأشعة في الرجوع إلى صور الأشعة التي سبق أخذها للمريض .
- (٦) صور الأشعة الخاصة بالعيادات الخارجية وقسم التنويم تحفظ حسب نظام الرقم الأخير، أما صور الأشعة الخاصة بالإسعاف والطوارئ فتحفظ حسب التسلسل الرقمي في الملفات .
- (٧) السجلات القديمة وتشمل التقارير والملفات والبطاقات المفهرسة التي لها علاقة بالمرضى في قسم الأشعة يجب إرسالها إلى قسم السجلات الطبية للحفظ أو الإتلاف حسب الجدول الزمني للتخزين .

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

قسم الصيدلة:

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

عاشراً:

٧مسئولية حفظ معلومات السجلات الطبية:

§البيانات الشخصية:

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

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

§المعلومات السريرية:

- أ- تقع مسؤولية تدوين المعلومات الطبية عن المرضى على الأطباء المشرفين على علاجهم ويعتبر رئيس القسم أو الوحدة مسئول بشكل نهائي عن استكمال ودقة المعلومات .
- ب- يجب مراجعة كل الملفات عند خروج المريض ، وأثناء مراجعة الملف لاستكمالها قبل توقيعه وعلى الطبيب المعالج التأكد من أن التقارير ذات العلاقة مرفقة وكاملة من كافة الوجوه ، وبالتحليل النهائي يكون الملف شاملاً ومبرراً للتشخيص ومسوغاً للعلاج والنتائج النهائية .
- ج- هيئة التمريض مسئولة عن استكمال ودقة تسجيل معلومات العناية التمريضية.
- د- آخرون:
- ويشمل الكوادر من غير الأطباء وهيئة التمريض خاصة الكوادر الطبية المساعدة المسئولون عن التسجيل الصحيح للبيانات ذات العلاقة بالعلاج .
- هـ- تصنف جميع سجلات المرضى الطبية حسب التصنيف الدولي للأمراض حسب آخر مرجع صدر من منظمة الصحة العالمية (ICD - 10)

§تصنيف العمليات:

- تصنف جميع سجلات المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية حسب التصنيف الدولي للعمليات الجراحية الصادر من منظمة الصحة العالمية (ICD-10)
- v فهارس الأمراض والعمليات:**

§ على كل مستشفى الاحتفاظ بفهارس للأمراض والعمليات يدوياً أو آلياً للحالات التالية:

- أ. مراجعي العيادات الخارجية والمرضى المنومين والحالات الإسعافية.
- ب. الفهرس العام للمرضى.
- ج. جميع المرضى المعالجين بالمستشفى أو المراجعين للعيادات والمنومين يكون لهم فهرس عام وتستكمل المعلومات المطلوبة في هذا الفهرس .

إحدى عشر:

٧ التحكم في حركة السجلات الطبية :

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

§ملفات الحالات الإسعافية:

- جميع الملفات الطبية التي تعد وترسل إلى طبيب الإسعاف لعلاج المريض يجب تجميعها حال الانتهاء من تقديم الرعاية اللازمة للمريض وتحفظ في مكان منفصل لهذا الغرض في قسم السجلات الطبية وليس من حق أي شخص (ويشمل ذلك الأطباء) الاحتفاظ بالسجل .

§ملفات العيادات الخارجية:

- هي الملفات التي ترسل إلى العيادات الخارجية لعلاج المرضى ، وبعد أن يتم مناظرة وعلاج المريض بالعيادة الخارجية يعاد الملف إلى مساعد فني السجلات الطبية المسئول عن العيادة ولا يسمح لأي شخص (ويشمل ذلك الأطباء) الاحتفاظ بالملف .

§الملفات الطبية للمرضى المنومين:

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

الملف بعد ذلك لقسم السجلات الطبية في مدة لا تتجاوز ٤٨ ساعة من تاريخ خروج المريض .

§نقل السجلات إلى مستشفيات أخرى:

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

§سجلات المستشفيات الأخرى:

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

اثنا عشر:

٧المواليد والوفيات:

يجب الاحتفاظ بسجل للمواليد بالمستشفى يسجل فيه المواليد الأحياء والمتوفون.

§المواليد الأحياء

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

§المواليد النوام أو المنعدد

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

§ المواليد المتوفون

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

§ موت الأجنة

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

§ تبليغ الولادة (المواليد الأحياء والأموات)

- يتم التبليغ عن الولادة وفق النماذج المخصصة لذلك وهي نموذج التبليغ عن الولادة لطفل حي ونموذج التبليغ لطفل ميت.
- تكون نماذج التبليغ مستوفية كافة المعلومات موقعه ومصدقة ومختومة حسب الأصول وأن تكون بصمات القدمين للمولود وبصمة الإبهام الأيسر والأيمن للأم مرتين عند الولادة والأخرى عند الخروج وذلك باستخدام الأحبار المناسبة.
- يتم إعداد نموذج تبليغ الولادة من نسختين الأولى تسلم للمبلغ لمراجعة الأحوال المدنية ليتم على ضوئها تسجيل واقعة الولادة والثانية تحفظ بشكل دائم في السجل الطبي للأم للمولود إذا أدخل قسم الحضانة في المستشفى الذي سجلت فيه واقعة الولادة ، كما أنه يتم توثيق تبليغ الولادة آلياً وبصورة كاملة وحسب التعليمات التي تصدر بذلك .

ثلاثة عشر:

v تسجيل حالات الأورام السرطانية:

- على جميع المستشفيات أن تحتفظ بسجل خاص بحالات السرطان لتسجيل الحالات التي تثبت أنها أورام خبيثة ويخصص لكل حالة رقم تسجيل منفصل إلى جانب رقم المستشفى بالسجل ، كما أن جميع حالات السرطان تصنف

حسب تعليمات وزارة الصحة أو المؤسسات والمعاهد العالمية المتخصصة بالأورام .

أربعة عشر:

٧ الأمراض المعدية:

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

خمس عشرة:

٧ استخراج الشهادات والتقارير الطبية.

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

ستة عشر:

٧ تجميع البيانات الإحصائية من المستشفى :

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

سبعة عشر:

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

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

§ نظراً للضغط على أماكن حفظ السجلات الطبية والملفات فقد وضع الجدول الزمني للاحتفاظ بالسجلات الطبية والملفات وذلك للتمشي بموجبه في

المستشفيات ومع ذلك فإن المستشفيات التعليمية يمكنها الاحتفاظ بالسجلات لمدة أطول مما هو بالجدول شريطة أن يتوفر المكان المناسب لحفظها.

§ يجب الاهتمام بحفظ السجلات الطبية وحمايتها من الحشرات والنمل ومنع تعرضها للجو الحار أو الجاف ووضعها في مكان خال من الغبار والرمل ومنع وصول الماء والرطوبة والنار إليها ووضع طفايات الحريق في المكان المناسب لمكافحة أي حريق محتمل.

ثمانية عشر:

٧ تخزين السجلات الطبية بواسطة الميكروفيلم :

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

- اللون الأسود : سجلات الوفيات .
- اللون الأخضر : سجل حالات التنويم.
- اللون الأصفر : سجل حالات العيادات الخارجية.
- اللون الأحمر : سجل حالات الطب الشرعي.

نسخة عشر:

٧ استخدام الكمبيوتر في حفظ السجلات الطبية:

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

عشرون:

٧ تعليمات عامة:

§ يجب ملاحظة هذه التعليمات بكل دقة ليكتمل ملف المريض .

- (١) يجب أن يشتمل كل نموذج من نماذج السجل الطبي على البيانات التعريفية مثل (اسم المريض ، رقم المستشفى ، العمر ، الجنس ، رقم الهوية الخ....) .
- (٢) يجب التأكد من وضوح الإضافات المدونة على الملف الطبي ويشمل ذلك النماذج وطلبات الفحوصات والتقارير حتى يسهل تصويرها فيما بعد بالميكروفيلم وحفظها على الأقراص الضوئية .
- (٣) لذا ينصح باستخدام حبر من النوع الأسود وعدم استعمال أقلام المرسم والحبر الفاتح كما يجب تسجيل التاريخ والتوقيع عليها باستخدام الاسم الكامل وبيان الوظيفة ويفضل ختم الشروحات التي يدونها الطبيب باسمه والتوقيع على ذلك .
- (٤) لا يسمح بإزالة أي جزء من السجل الطبي وأي تصحيحات يراد عملها توضح بواسطة دائرة توضع حول المطلوب تصحيحه وبعد ذلك يتم التصحيح ويوقع عليه .
- (٥) لا يتم تنويم المريض إلا بإذن دخول مدون بواسطة الطبيب المعالج .
- (٦) لا يتم خروج المريض إلا بإذن خروج موقع من الطبيب المعالج .
- (٧) كتابة التشخيص المبدئي عند دخول المريض .
- (٨) كتابة التشخيص بوضوح دون اختصارات أو رموز .

٩) وضع الرموز والاختصارات المتعارف عليها في قائمة منفصلة واطلاع الموظفين والأطباء عليها ولا يجوز استعمال أي اختصارات من خارج هذه القائمة.

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

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

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

٧) استمارة دخول وفروج:

- ١) عند تعبئة الاستمارة يجب التأكد من النقاط التالية:
- ٢) تسجيل المعلومات التعريفية عن المريض في كل النماذج والتقارير.
- ٣) كتابة التشخيص المبدئي عند دخول المريض للمستشفى.
- ٤) كتابة التشخيص النهائي إن وجد والأمراض المصاحبة.
- ٥) تسجيل العمليات الجراحية التي أجريت للمريض من قبل ونتائج تلك العمليات.
- ٦) توقيع الطبيب المعالج على الاستمارة عند خروج المريض.

٧ التاريخ المرضي والكشف السريري يشتمل على:

- (١) تسجيل التاريخ المرضي لجميع المرضى المنومين .
- (٢) يشتمل التاريخ المرضي على (الشكوى الرئيسية وتحليلها ، التاريخ المرضي السابق للمريض وأسرته ، الحالة الإجتماعية والبيئة).
- (٣) يشتمل الكشف السريري على كل أجهزة الجسم (الجهاز التنفسي ، الهضمي ، الدوري) وتسجيل العلامات المرضية السالبة والموجبة.
- (٤) يتم تسجيل التاريخ المرضي والكشف السريري في مدة لا تتجاوز ٢٤ ساعة من دخول المريض .

٧ نموذج استشارة طبية:

- يجب كتابة الاستشارة المطلوبة على النموذج الخاص بذلك .
- بعد الكشف الطبي على المريض يقوم الاستشاري بكتابة مريضاته على نفس النموذج ثم يوقع على ذلك .

٧ نموذج التطور المرضي:

- (١) كتابة التطور المرضي لكل مريض حسب حالته وحسب الحاجة لذلك وفي كل الأحوال ينبغي كتابة التاريخ وامضاء الطبيب المعالج .
- (٢) يشتمل التطور المرضي للحالة على كتابة ملخص لحالة المريض عند الدخول .
- (٣) كتابة التطور المرضي للحالة كل يوم أو كل ساعة في الحالات الحادة أو الخطيرة .
- (٤) تفادي العبارات غير المحددة في كتابة التطور المرضي .
- (٥) يتم التوقيع على نموذج التطور المرضي بواسطة الطبيب المعالج كما يجب كتابة التاريخ .

٧ نموذج أوامر الطبيب:

- (١) يجب أن تكون أوامر الطبيب واضحة ومحددة ومكتوبة بالحر وموقع عليها بواسطة الطبيب وختمها بالختم المخصص له .

٢) عدم استخدام الهاتف والأوامر الشفوية في مخاطبة هيئة التمريض وأطباء الامتياز وفي حالة الضرورة يجب تسجيل المعلومات في الملف الطبي للمريض والتوقيع عليها من قبل الطبيب الذي أعطى الأمر .

٧ نموذج طلب نقل الدم:

- ١) يعتبر نموذج طلب نقل الدم جزء من ملف المريض.
- ٢) يشتمل طلب نقل الدم على فصيلة الدم وكمية الدم التي سيتم إعطائها للمريض مع توقيع الطبيب المعالج.
- ٣) تسجيل الوقت الذي تم فيه إعطاء الدم للمريض وأي مضاعفات لذلك إن وجدت.

٧ نموذج التخدير:

- ١) يتم إضافة هذا السجل إلى كل المرضى الذين تعرضوا للتخدير.
- ٢) يشتمل نموذج التخدير على الأدوية التي تم إعطائها للمريض قبل العملية وتاريخها ومفعولها وكذلك نوع المخدر والجرعة.
- ٣) يتم توقيع نموذج التخدير من قبل طبيب التخدير المخول .

٧ نموذج الإقرارات الطبية:

- ١) قبل إجراء أي عملية أو كشف طبي على الطبيب أن يأخذ إقرار خطي بالموافقة من المريض أو من ولي أمره إذا كان قاصراً أو غير مدرك لهذا الإقرار .
- ٢) العمليات الجراحية تحتاج إلى إقرار خطي من المريض أو ولي أمره الشرعي إذا كان قاصراً أو غير مدرك لهذا الإقرار كما يجب توضيح المخاطر والنتائج التي يمكن حدوثها من جراء العملية.
- ٣) تؤخذ الصور الفوتوغرافية للمريض بعد أخذ إذن المريض أو من ولي أمره .
- ٤) يؤخذ إقرار المريض أو ولي أمره في الحالات التالية:
 - الخروج من المستشفى لفترة مؤقتة لا تزيد عن ٤٨ ساعة.

- التبرع بالدم .
- تشريح الجثة .
- التعقيم بعد موافقة الزوجين .

٧ تقرير العمليات :

يتم إضافته إلى ملف المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية ويشتمل سجل العمليات على ما يلي:

(التشخيص قبل العملية ، نتيجة الاستكشاف ، اسم الجزء المستأصل ، تشخيص ما بعد العملية ، حالة المريض بعد العملية ، الجزء الذي تم إزالته وإرساله إلى المختبر ، مدة العملية اسم الجراح ومساعديه ، اسم طبيب التخدير ونوع المخدر) ويتم تسجيل هذه الملاحظات بعد نهاية العملية مباشرة أو في مدة لا تتجاوز ٢٤ ساعة ويتم التوقيع عليها بواسطة الجراح.

٧ ملخص الخروج :

(١) يتم إضافة ملخص الخروج لكل ملفات المرضى الذين تم إخراجهم من المستشفى .

(٢) يكون ملخص الخروج مختصراً و يحتوي على المعلومات الأساسية والمهمة

ويحتوي ملخص الخروج على المعلومات التالية:

- المعلومات الأساسية التي تعرف بالمريض .
- الشكوى الرئيسية .
- ملف التاريخ المرضى .
- التحاليل المهمة (الأشعة والمختبر).
- نتائج فحوصات قسم علم الأمراض.
- العمليات والإجراءات التي أجريت للمريض.

- التشخيص الأولي والثانوي والنهائي.
- الإرشادات والنصائح المقدمة للمريض عند الخروج بما في ذلك نوع العلاج
- و المواعيد والإجازات ٠٠٠ الخ .
- (٣) يتم التوقيع على ملخص الخروج بواسطة الطبيب المعالج .
- (٤) يكون ملخص الخروج مكتملاً عند خروج المريض مباشرة وتعطى منه صورة للمريض وحسب العمليات التي تصدرها المستشفى .

٧ نموذج السوائل الداخلة والخارجة :

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

٧ سجل هيئة التمريض:

يحتوي على كل الخدمات المقدمة من هيئة التمريض للمريض :

- (١) تقرير مسلسل عن الخدمات التمريضية المقدمة للمريض.
- (٢) سجل هيئة التمريض وسيلة بين هيئة التمريض والفريق الطبي ويدل على الخدمات التي قدمت للمريض ومنه يمكن التعرف على حالة المريض .
- (٣) يمكن الاستفادة منه في إكمال ملف المريض .
- (٤) كل الملاحظات يجب أن توقع ويكتب تاريخها بوضوح.

٧ ملخص الدخول:

يكتب خلال ساعة من دخول المريض ويحتوي على الآتي:

- (١) وقت دخول المريض.
- (٢) حالة المريض عند الدخول (على نقالة ، كرسي متحرك، ماشياً) .
- (٣) تسجيل العلامات المرضية الظاهرة.
- (٤) العينات التي أرسلت إلى المختبر ووقت إرسالها.

٧ الملاحظات النهائية (الأخيرة) :

تكتب عند خروج المريض وتحتوي على التالي:

- ١) تاريخ ووقت الخروج .
- ٢) أي إرشادات فيما يخص العلاج أو غيره.
- ٣) حالة المريض عند خروجه من المستشفى .
- ٤) توضيح فيما إذا كان المريض قد خرج دون إذن الطبيب أم لا ؟
- ٥) في حالة الوفاة وقت الوفاة واسم وتوقيع وختم الطبيب الذي أعلن حالة الوفاة.

الجدول الزمني للاحتفاظ بالسجلات (LOG BOOKS) الطبية

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

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

الجدول الزمني لتقاعد الملفات الطبية والصور الشعاعية

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

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

MEDICAL TERMINOLOGY	الاختصار	مصطلحات طبية
AORTIC SECOUND SOUND	A2	لغط أبهري ثاني
ABDOMINAL ANERYSM	AAA	تضخم الشريان الأبهر البطني
ANTIGEN-ANTIGLOBULIN REACTION	AAR	فاعل مكونة الضد مع مضادة الجلوبيولين
AROTIC ARCH SYNDROME	AAS	تناذر قوس الأبهر
ASTHMATIC BRONCHITIS	AB	أزمة شعبية
ACID-BASE RATIO	A/B	النسبة القلوية الحمضية
ABDOMINAL HYSTERECTOMY	ABO HYST	استئصال رحم بفتح البطن
ACUTE BACTERIAL ENDOCARDITIS	ABE	التهاب الشفاف القلبية الحاد
BLOOD GROUPS (NAME FOR AGGLUTINOGNS)	ABO	فصائل الدم
ARTERIAL BLOOD PRESSURE	ABP	ضغط الدم الشرياني
ADENOID CYSTIC CARCINOMA	ACC	ورم كيس سرطاني
ADRONE – CORTICAL EXTRACT	ACE	إفراز الغدة الأدرينالية
ADRENAL CORTICAL HORMONE	ACH	هرمون القشرة الأدرينالية
ALBUMON-CALCIUM-MAGNISIUUM	ACM	زلال كالسيوم مغنيسيوم
ANTERETICULAR CYTOTOXIC SERUM	ACS	معدل حال الخلية بالدم
ACTIVATED COAGULATION TIME	ACT	زمن التخثر المنشط
ADRENO CORTICOTROPIC HORMONE	ACTH	هرمون القشرة الأدرينالي
ACUTE CARDIOVASCULAR DISEASE	ACVD	امراض القلب العرقية الحادة
RIGHT EAR (AURIS DEXTRA)	AD	الأذن اليمنى
AS DESIERD {AD L ibitum}	Ad I ib	حسب المطلوب
ANTERIOR DESCENDING ARTERY	ADA	الشريان الأمامي النازل
ANTIDIURETIC HORMONE	ADH	الهرمون ضد در البول

ANTIBODY DEFICIENCY SYNDROME	ADS	تناذر نقص أجسام المناعة
AIR ENCEPHALOGRAM	AEG	رسم الدماغ
ATRIAL FIBRILLATION	AF	انقباض اذني القلب
ACID FAST BACILLI	AFB	عصيات ايجابية صبغة الحموضة
ACUTE FOLLICULAR TONSILLITIS	AFT	التهاب اللوزتين الجرابي الحاد
ALBUMIN-GLOBULIN RATIO	A/G(RATIO)	معدل نسبة الأجين الكريين
APPROPRATE FOR GESTATIONAL AGE	AGA	مطابق لعمر الحمل البويضي
ACUTE GRANULOCYTIC LEUKEMIA	AGL	ابيضاض حبيبي حاد بالدم
ACUTE GLOMERULO NEPHRITIS	AGN	التهاب لحبيبات الكلية الحاد
ARTERIAL HYPERTENSION	AH	ارتفاع ضغط الدم الشرياني
ACQUIRED HYPERTENSION	AHA	فقر الدم التحلي المكتسب
ARTERIOSCLEROTIC HEART DISEASE	AHD	مرض تصلب الشرايين القلبي
AUGMENTED HISTAMIN TEST	AHT	اختبار الهستامين المكثف
AORTIC INCOMPETENCE	AI	عدم المعاوضة الابهرية
AUTO-IMMUNE HEMLYTIC ANEMIA	AIHA	فقر دم المناعة الذاتية
ANKLE JERK	AJ	رجفة الركبة
ABOVE KNEE	AK	فوق الركبة
ABOVE KNEE AMPUTATION	AKA	بتر فوق الركبة
ACUTE LYMPHOCYTIC LEUKEMIA	ALL	سرطان ليمفاوي مجيب
EVERY OTHER HOUR (al ternis diebus)	ALT-DIEB	يوم بعد يوم
EVERY OTHER HOUR (ALTERNIS HOROS)	ALT HOR	ساعة بعد ساعة
EVERY OTHER NIGHT (ALTER)	ALT-NOC	ليلة بعد ليلة
AUDITORY MEATUS	AM	فتحة السمع
AGAINST MEDICAL ADVICE	AMA	متناقضة مع القواعد الطبية
ACUTE MYOCARDIAL ANFARCTION	AMI	احتشاء عضل القلب

ACUTE MYELOBLASTIC LEUKEMIA	AML	سرطان الدم الأبيض الحاد
ACUTE MONOCYTIC LEUKEMIA	AMOL	إبيضاض وحيد الخلايا
ANTE-NATAL	AN	قبل الولادة
ANTERIOR	Ant	امامي
ACUTE OTITIS MEDIA	AOM	التهاب الأذن الوسطى الحاد
ANTERIOR PITUITARY	AP	الغدة النخامية
ASPRIN , PHENACETIN , CAFFEINE	Apc	اسبرين ، فيناستين ، كافيين
ANTE-PARTUM HEMORRHAGE	APH	نزيف قبل الولادة
AORTIC REGURGITATION	AR	تشجؤ أبهري
ACUTE RESPIRATORY DISEASE	ARD	مرض تنفسي حاد
ACUTE RESPIRATORY FAILRE	ARF	هبوط تنفسي حاد
ARTIFICIAL RUPTURE OF THE MEMBRANES	ARM	انفجار الغشاء
AORTIC STENOSIS	AS	الضيق الأبهري
ARTERIAL AEPITAL DEFFECT	ASD	نقص حاجزي شرياني
ARTERIOSCLEROTIC HEART DISEASE	ASHD	مرض القلب بتصلب الشرايين
ARTERIOSCLEROTIC OBLITERAS	ASO	انسداد تصلب شراييني
ASPXYIATING THORACIC DYSTROPHY	ATD	اختناق ضمور الصدر
ANTITETANIC SERUM	ATS	مصل ضد التيتانوس
ARTERIOVENOUS FISTULA	AVF	ناسور شرياني وريدي
ACUTE VIRAL HEPAPTITIS	AVH	التهاب الكبد الفيروسي الحاد
BARIUM	Ba	باريوم
BLOOD BANK	BB	بنك الدم
BORN BEFORE ARRIVAL	BBA	ولد متعجلاً
BUNDLE BRANCH BLOCK	BBB	حصار غصني أو فرعي
BACILLIE CALMETTE GUTINE (VACCINE)	BCG	بي سي جي
BORDERLINE GLUCOSE TOLERANCE TEST	BGTT	احتمال الجلوكوز الهامشي
BROUGHT IN DEAD	BID	وصل ميتاً

BENIGN INTRACRANIAL HYPERTENTION	BIH	ارتفاع ضغط الجمجمة الحميد
BONES , JOINTS , MUSCLES	BJM	عظام ، مفاصل ، عضلات
BLADDER KIDNEY (SCAN RATIO)	B/K	نسبة الكلية والكيس البولي
BELOW KNEE AMPUTATION	BKA	بتر تحت الركبة
BASAL METABOLIC RATE	BMR	درجة التطور الأزوتي
BILATRAL OTITIS MEDIA	AOM	التهاب الأذن الوسطى ذو الجانبين
BLOOD PRESSURE	BP	ضغط الدم
BENIGN PROSTATE HYPERTROPHY	BPH	ورم البروستاتا الحميد
BRONCHITIS	Br	نزلة شعبية
BRONCHITIS	Br Br	التهاب رئوي
BILATERAL SUPPERATIVE OTITIS MEDIA	BSOM	التهاب الأذن المتقيح ذو الجانبين
BLOOD SEDIMENTATION RATE	BSR	معدل ترسيب الدم
BIRTH WEIGHT	BW	الوزن عند الولادة
BIOPSY	Bx	عينة نسيجية
CENTIGRADE (SENTUM GRADUS)	C	تدرج الحرارة المنوي
CARCINOMA	CA (ca)	سرطان الخلايا الغطائية
CARONARY ARTERY DISEASE	CAD	مرض الشريان التاجي
CARONARY ATHEROSCLEROYIC HEART DISEASE	CAHD	مرض تصلب الشريان التاجي
COMPUTERIZED AXIAL TOMOGRAPHY	CAT	رسم محوري بالكمبيوتر
CONGENITAL ABSENCE OF VAGINA	CAV	انعدام المهبل الخلقي
CHRONIC BRONCHITIS	CB	نزلة شعبية مزمنة
CHRONIC BRONCHITIS WITH ASTHMA	CBA	نزلة شعبية مزمنة مع اللازما
COMPLETE BLOOD COUNT	CBC	تعداد الدم الأبيض الكامل
COMPLETE BLOOD COUNT AND AIFFERENTIAL	CBC+diff	تعداد دم أبيض كمي ونوعي
COMMON BILE DUCT	CBD	قناة الصفراء العامة
CHIEF COMPLAINT	CC	الشكوى الرئيسية

CONGISTIVE CARDIAC FAILURE	CCF	هبوط القلب الاحتقاني
CARONARY CARE UNIT	CCU	وحدة عناية الأوعية التاجية
CYSTOSCOPY AND DILATATION	C+D	تنظير المثانة والتوسيع
CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP	CDH	انزلاق المخروط الخلقى
CONGENITAL HYPOPLASTIC ANEMIA	CHA	انيميا قلة الأنسجة الخلقية
COMPLETE HEART BLOCK	CHB	حصار قلب كامل
CONGISTEVE HEART FAILURE	CHD	هبوط القلب الإحتقاني
CHEDIAK-HAGASHI SYNDROME	CHS	تناذر تشدياك وهيغاشي
COMPLETE LEFT BUNDLE BRANCH BLOCK	CLBBB	حصار غصن شمالي كامل
CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA	CLL	سرطان ابيضاض ليمفاوي
COSTAL MARGIN	CM	حافة الضلوع
CHRONIC MYELOCYTIC LEUKEMIA	CML	ابيضاض سرطاني مزمن
CEREBRAL METABOLIC RATE	CMR	معدل التطور الازوتي الكامل
CENTRAL NERVOUS SYSTEM	CNS	الجهاز العصبي المركزي
CHRONIC OBSTRUCTIVE AIRWAYS DISEASE	COAD	مرض انسداد الممرات الهوائية المزمن
CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE	COLD	مرض الرئة الانسدادي المزمن
CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	COPD	مرض الرئة الانسدادي المزمن
COMPLETE RIGHT BUNDLE BRANCH BLOCK	CRBBB	حصار الفص الأيمن الكامل
CHRONIC HEART FILURE	CRF	هبوط القلب المزمن
CORTICOTROPHIN RELEASING HORMONE	CRH	مفرز هرمون الغدة القشرية
CEREBROSPINAL FLUID	CSF	سائل النخاع الشوكي
CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA	CSOM	التهاب الأذن الوسطى المتقيح المزمن
CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTMENT	CSSD	وحدة التعقيم المركزي

CONVULSIVE CHOCK THERAPY	CST	علاج الصدمة التشنجية
CEREBRAL THROMBOSIS	CT	تخثر الدم الدماغي
CARDIOVASCULAR	CV	يتعلق بالقلب والأوعية الدموية
CARDIOVASCULAR ACCIDENT	CVA	حادث يتعلق بالقلب والأوعية الدموية
CARDIOVASCULAR DISEASE	AVD	مرض أوعية القلب
DILATATION AND CURRETTAGE	D+C	توسيع وكحت
DIABETES INSIPIDUS	DI	داء السكر المائي
DIFFUSE OR DISSEMINAIED INTRAVASCULAR COAGULATION	SIC	تخثر داخل الأوعية الدموية متعدد
DIABETES MEILLITUS	DM	داء السكر
DEFLECTED OR DEVITED NASAL SEPTUM	DNS	فاصل أنفي مائي
DATE OF ADMISSION	DOA	تاريخ التنويم (الدخول)
DATE OF BIRTH	DOB	تاريخ الولادة
DATE OF CONFINEMENT	DOC	تاريخ الحجز
DATE OF DISCHARAGE \ DEATH	DOD	تاريخ الخروج (الوفاة)
DIPHTHRIA , TETANUS , PERTUSSIS	DTP	الدفثيريا ، تيتانوس ، سعال ديكي
DUODENAL ULCER	DU	قرحة الاثني عشر
DYSFUNCTIONAL UTIRINE BLEEDING	DUB	نزيف الرحم غير الوظيفي
DIARRHOEA AND VOMITING	D+V	اسهال وقئ
DEEP VAIN THROMBOSIS	DVT	تخثر الدم بالأوردة العميقة
DIAGNOSIS	DX	التشخيص
EXTERNAL AUDITORY MEATUS	EAM	فتحة السمع الخارجي
ELECTROCARDIOGRAM	ECG	رسم القلب
ELECRTROCONULSIVE SHOCK	ECS	الصدامة الكهربائية التشنجية
ELECRTROCONULSIVE THERAPY	ECT	العلاج بالصدمة الكهربائية

EXPECTED DATE OF DELIVERY	EDD	تاريخ الحجز المتوقع
ELECTROENCEPHALOGRAM	EEG	تخطيط المخ
ESSENTIAL HPERTENSION	EH	ارتفاع ضغط الدم الاساسي
ELECTROMAYOGRAM	EMG	تخطيط العضل الكهربائي
EAR , NOSE AND THROAT	ENT	الاذن والأنف والحنجرة
ELECTRO RETINOGRAM	ERG	رسم الشبكية الكهربائي
ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE	ESR	معدل ترسيب الكريات الحمراء
EXAMINATION UNDER ANESTHESIA	EUA	الكشف تحت التخدير
FOREIGN BODY	FB	جسم غريب
FASTING BLOOD SUGAR	FBS	معدل سكر الدم عند الصيام
FORCEPS DELEVERY	FD	ولادة بالجفت
FOETAL DEATH IN UTERO	FDIU	وفاة الجنين داخل الرحم
FAMILY HISTORY	FH	التاريخ العائلي
PETAL HEART SOUND	FHS	أصوات قلب الجنين
FETAL HEART RATE	FHR	سرعة نبض الجنين
FOLLICLE STIMULATING HORMONE	FSH	هرمون تنشيط الجويات
FRACTIONAL TEST MEAL	FTM	الوجبة الاختبارية الجزئية
FULL TERM NORMAL DELEVARY	FTND	ولادة طبيعية في ميعادها
FEVER OF UNKNOWN ORIGIN	FUO	حمى مجهولة الأصل
GENERAL ANAESTHESIA	GA	تخدير عمومي
GASTRO INTESTINAL TRACT	GIT	الجهاز الهضمي
GENERAL PRACTITIONER	GP	طبيب عام
GENERAL SEGERY	GS	جراحة عامة
GLOCOSE AND SALINE	G/S	جلوكوز وملح
GLOMERRULAR-STEMULATING HORMONE	GSH	هرمون منشط الكبيبيات
GLUCOSE TOLERACE	GT	احتمال السكر

GLUCOSE TOLERANCE TEST	GTT	اختبار احتمال السكر
GASTRIC ULCER	GU	قرحة المعدة
HEMOGLOBIN	Hb	هيموجلوبين
HIGH BLOOD PRESSURE	HBP	ضغط الدم مرتفع
HIGH BIRTH WEIGHT	HBW	مولود ثقيل الوزن
HYPERTENSIVE CARDIOVASCULAR DISEASES	HCVD	مرض القلب والأوعية نتيجة ارتفاع ضغط الدم
HERRT DISESE	HD	مرض القلب
HEMOLYTIC DISEASE OF THE NEWBORN	HDN	مرض تحلل الدم الجنيني
HEART FILURE	HF	هبوط القلب
HEREDITARY HEMOLYTIC ANEMIA	HHA	انيميا التحلل الوراثي
HYPERTENSIVE HEART DISEASE	HHD	مرض القلب بسبب ارتفاع ضغط الدم
HISTORY OF PRESENT ILLNESS	HPI	تاريخ المرض الحالي
HYPERTENSION	H/T	ارتفاع ضغط الدم
HYPERTENSIVE VASCULAR DISEASE	HVD	مرض الشرايين نتيجة ارتفاع ضغط الدم
INTENSIVE CORONARY CARE	ICC	العناية لأمراض القلب المركزة
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASE	ICD	التصنيف الدولي للأمراض
INTENSIVE CORONARY CARE UNIT	ICCU	وحدة العناية المركزة لمرض الشريان التاجي
INTERCOSTAL MARGIN	ICM	الهامش الضلعي الأسفل
INTEMSIVE CARE UNIT	ICU	وحدة العناية المركزة
INCISION AND DRAINAGE	ICD	القطع والتصريف الجراحي
INTERNAL DERANGEMENT OF THE KNEE	IDK	تآكل الركبة الداخلي
INTERNAL DERANGEMENT OF THE KNEE JOINT	IDKJ	تآكل مفصل الركبة الداخلي

ISCHEMIC HEART DISEASE	IHD	مرض نقص الدم للقلب
IDIOPHATIC MYELOFIBROSIS	AMF	تليف مجهول السبب
IMPROVED	Imp	تحسن
INTAKE AND OUTPUT	I+O	الداخل والخارج
IN PATIENT	IP	مريض منوم
IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA	ITP	غرغرة تخثرية مجهولة السبب
INTRA UTERINE	IU	داخل الرحم
INTRA UTERINE DEATH	IUD	موت داخل الرحم
INTRA UTERINE FOREIGN BODY	IUFB	جسم غريب داخل الرحم
INTRAVENOUSLY	IV	عن طريق الوريد
INTRAVENOUS PYELOGRAM	IVP	أشعة بالصبغة للكلية
INTERVENTRICULAR SEPTAL DEFECT	IVSD	نقص الحاجز الفاصل بين بطيني القلب
INTRAVENOUS UROGRAPHY	IVU	أشعة الكلى الملونة
JAPANESE B ENCEPHALITIS	JBE	التهاب الدماغ الياباني
KNEE JERK	KJ	رجفة الركبة
KIDNEY , URETER AND BLADDER	KUP	كلية ، حالب ، كيس بولي
LOCAL ANESTHESIA	LA	تخدير موضعي
LYMPHANGIOGRAPHY	LAG	تخطيط الجهاز الليمفاوي
LIVE BIRTH	LB	مولود حي
LEFT BUNDLE BRANCH	LBB	غصن عصبي أيسر
LEFT BUNDLE BRANCH BLOCK	LBBB	حصار فرعي أيسر
LOW BIRTHEIGHT	LBW	وزن ولادة ناقص
LEFT COSTAL MARGIN	LCM	هامش ضلعي أيسر
LEFT EYE	LE	عين يسرى
LIVER FUNCTION TEST	LFT	اختبار وظائف الكبد
LEFT HEART FAILURE	LHF	هبوط القلب الأيسر
LEFT INGUINAL HRNIA	LIH	فتق اربي ايسر

LEFT KIDNEY	LK	الكلية اليسرى
LEFT LUNG	LL	الرئة اليسرى
LEFT LOWER EXTRIMITY	LLE	الطرف الأسفل الأيسر
LEFT LOWER LOBE (LUNGS)	LLL	فص أسفل أيسر
LOWER SEGMENT CAESARION SECTION	LSCS	قيصرية سفلى
LUTEOTROPIC HORMONE	LTH	هرمون اليوتين
LEFT UPPER EXTRIMITY	LUE	الطرف الأعلى الأيسر
LEFT UPER LOBE	LUL	فص أعلى أيسر
LEFT VENTRICLE	LV	بطين أيسر
LEFT VENTRICULAR FAILURE	LVF	فشل القلب الأيسر
LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY	LVH	تضخم القلب الأيسر
MENTAL AGE	MA	عمر الصحو العقلي
MEAN CORPUSCULAR HEMOGLOBIN	MCH	معدل هيموجلوبين الكريات الحمراء
MEAN CIRCULATION TIME	MCT	معدل زمن الدورة الدموية
MEAN CORPUSCULAR VOLUME	MCV	معدل حجم الخلايا الحمراء
MUSCULAR DYSTROPHY	MD	ضمور عضلي
MID FORCEPS DELEVARY	MFD	ولادة بالجفت
MARITAL HISTORY	MH	التاريخ الزواجي
MYOCARDIAL INFARCTION	MI	احتشاء عضلة القلب
MENTAL RETARDATION	MR	تأخر النمو العقلي
MITRAL STENOSIS	MS	ضيق الصمام ثنائي الشرافة
MEDICAL SOCIAL WORKER	MSW	باحث اجتماعي طبي
NOTHING ABNORMAL DETECTED	NAD	لا يوجد شئ غير عادي
NEW BORN	NB	حديث الولادة
NO BONE INJURY	NBI	لا أضرار بالعظم
NOTHING BY MOUTH	NBM	لا شئ بالفم
NORMAL BIRTH WEIGHT	NBW	وزن طبيعي عند الولادة

NO COMPLAINT	N/C	لا شكوى
NORMAL DELEVARY	ND	ولادة طبيعية
NOT ELESEWHERE CLASSIFIED	NEC	لا يقع تحت تصنيف
NO EVIDENCE OF DISEASE	NED	لا توجد علامة مرض
NORMAL FULL TERM DELEVARY	NFTD	ولادة طبيعية في ميلادها
NOT OTHERWISE SPECIFIED	NOS	لا تحديد غير ذلك
NEURO SURGERY	NS	جراحة الأعصاب
NOT YET DIAGNOSED	NYD	لم تشخص بعد
ON ADMISSION	O/A	عند التنويم
OSTEOARTHRITIS	OA	التهاب مفصلي عظمي
OBSETRICS AND GYNAECOLOGY	OBG	أمراض النساء والولادة
ONCE A DAY	Od	مرة واحدة يومياً
RIGHT EYE (OCULAR DEXTER)	OD	العين اليمنى
ON EXAMINATION	OE	بالكشف
OBSERVATION AND EXAMINATION	O+E	المراقبة والكشف
OBSTTRIC HISTORY	OH	التاريخ الولادي
OTITIS MEDIA	OM	التهاب الأذن الوسطى
OCULAR MUSCLE DYSTROPHY	OMD	ضمور عضلة العين
OLD MYOCARDIAL INFARCTION	OMI	احتشاء قلب قديم
OUT-PATIENT	OP	مراجع العيادة الخارجية
OUT-PATIENT CLINIC	OPC	قسم العيادة الخارجية
OUT-PATIENT DEPARTMENT	OPD	العيادة الخارجية
OPERATING ROOM	OR	غرفة العمليات
OPERATING THEATER	OT	غرفة المشرحة
PERCUSSION AND AUSCULATION	P+A	القرع والتصنت
PERNICIOUS ANEMIA	PA	انيميا خبيثة
PRIMARY ATYPICAL PNEUMONIA	PAP	التهاب رئوي أولي غير مثالي
PAROXYSMAL ATRIAL TRACHYCARDIA	PAT	اسراع قلب أذيني حاد

TRACHYCARDIA		
PACKED CELL VOLUME	PCV	خلايا دم مركزة
PATENT DUCTUS ARTERIOSES	PDA	قناة أبهرية متبقية
PRE-ECLAMPTIC TOXEMIA	PET	تسمم ما قبل الولادة
PULMONARY FUNCTION TEST	PFT	اختبار وظائف الرئة
PITUTARY GROWTH HORMONE	PGH	هرمون النمو النخاعي
PAST HISTORY	PH	تاريخ المرض السابق
PULMONARY HYPERTENSION	PHT	ارتفاع ضغط الشريان الرئوي
PRESENT ILLNESS	PI	شكوى المرض الحالي
PELVIC INFLAMATORY DISEASE	PID	مرض التهاب الحوض
PROLAPSE INTERVERTEBRAL DISC	PIVD	انزلاق غضروفي فقري
POST MORTEM	PM	تشريح الجثة
PROGRESSIVE ,USCULAR ATROPHY	PMA	ضمور عضل متطور
POST MENOPPAUSAL BLEEDING	PMB	نزيف ما بعد انقطاع الدورة بسبب الياس
POINT OF MAXIMUM IMPULSE	PMI	مركز قوة الانتشار
POLYMORHONUCLEAR NEUTROPHL	PMN	خلية ذات الصبغة المحايدة
PAST MESTRUAL RERIOD	PMP	آخر دورة طمث
PHYSICAL MEDICINE AND REHABILITATION	PMR	الطب الطبيعي والتأهيل
POST NATAL	PN	بعد الولادة
POST NATAL CLINIC	PNC	عيادة ما بعد الولادة
PAROXYSMAL NOCTURNAL DYPENEA	PND	ضيق النفس المسائي الحاد
POST PPERATIVE	PO	ما بعد العملية
PLASTER OF PARIS	POP	جبس
LEFT	L	ايسر
MURMUR	M	لغط
RIGHT	R	ايمن

START OF OPERATION		بدء العملية
END OF OPERATION	X	نهاية العملية
MALE	M	ذكر
FEMALE	F	أنثى
BIRTH	*	ميلاد
DEATH	+	وفاة
AFTER	B	بعد
ABOVE	A	فوق
WITH	C	مع
WITHOUT	S	بدون
APPROXIMATE		بالتقريب
NOT DEFINITE	-+	غير محدد
DECREASE		ينقص
INCREASE	I	يزيد
SYSTOLIC PRESSURE	V	ضغط فوقي
DIASTOLIC PRESSURE		ضغط تحتي
TAKE	RX	يتعاطى
DEGREE	O	درجة
FOOT	,	قدم
INCH	“	بوصة
PER	/	بمعدل
RATIO	:	نسبة
POSITIVE, PRESSURE	+	ايجابي / موجود
NEGATIVE , ABSENT	-	سلبي / غير موجود
GREATER THAN		أكثر من
LESS THAN		أقل من
OUNCE	3	أوقية
MICRON	U	دقيق

MICROGRAM	UG	وزن دقيق
MICROLITER	UP	حجم دقيق
INFINITY	OO	لا نهائي
THROMBOBO-ANGITIS OBLITERANS	TAO	قفل الوريد بالتخثر
TUBERCULOSIS	TB	الدرن
TUBERCULOSIS MENINGITIS	TMB	درن أغشية المخ
TER IN DIE (THREE TIMS SAILY)	T.D.S	ثلاث مرات يومياً
TALIPES EQUINOVAURS	T.E.V	الأرجل المنفرجة
TRANSIENT ISCHAEMIC ATTACK	T.V.A	نوبة نقص الدم العرضي
TOTAL KNEE REPLACEMENT	TKR	استبدال الركبة الكلي
TEMPORE-MANDIBULAR JOINT	TMJ	المفصل الصدغي الحنكي
TEMPREATURE, PULSE AND RESPIRATION	TPR	حرارة ، نبض وتنفس
TRANSPERINEAL URETHRAL RESECTION	TPUR	قطع مقعدي للقناة البولية
THRACIC SURGERY	TS	جراحة الصدر
THYROID STEMULATING HORMONE	TSH	منشط هرمون الدرقية
TETANUS TOXOID	TT	مصل التيتانوس
THYROTROPIC	TTH	أفراد الغدة الدرقية
THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA	TTP	غرغرية دم تخثرية
TRANSURETHRAL RESECTION	TUR	قاطع عرضي للقناة البولية
TRANSURETHRAL RESECTION PROSTATE	TURP	قاطع عرضي بروتاتي
TOTAL VAGINAL HYSTERECTORY	TVH	استئصال رحم كامل بالمهبل
TRANSVISCAL PROSTATECTOMY	TVP	استئصال بروتاتا بالمثانة
THERAPY	TX	علاج
ULCERATIVE COLITIS	UC	تقرح قولوني
URETHRAL DISCHARGE	UD	افراز القناة البولية
UNDESCENDED TESTICLE	UDT	خصية معلقة

UPPER GASTRO INTESTINAL	UG I	الجهاز الهضمي العلوي
UPPER LOBE	UL	الفص العلوي
UPPER RESPIRATORY INFECTION	URI	الالتهاب التنفسي العلوي
ULTRASOUND	US	فوق صوتي
URINARY TRACT INFECTION	UTI	التهاب المجاري البولية
VENERAL DISEASE	VD	أمراض جنسية تناسلية
VOMITING AND DIARRHOEA	V+D	قيء وإسهال
VENERAL DISEASE RESEARCH LABORATORY	VDRL	مختبر أمراض تناسلية
VISUAL EFFICIENCY	VE	القدرة البصرية
VENTRICULAR FIBRILLATION	VF	انقباض بطيني
VIRAL HEPATITIS	VH	التهاب الكبد الفيروسي
VALVULAR HEART DISEASE	VHD	مرض مصراع القلب
VASOMOTOR RHINITIS	VMR	التهاب الشعيرات الدموية بالأنف
VIRAL RESPIRATORY INFECTION	VRI	التهاب الجهاز التنفسي الفيروسي
VENTRICULAR SEPTAL DEFECT	VSD	نقص فاصل بطني
VENTRICULAR TACHYCARDIA	VT	تسارع القلب البطيني
VARICOSE VEINS	VV	دوالي أوردة
WHITE BLOOD COUNT	WBC	تعداد الدم الأبيض
WHOOPING COUGH	WC	السعال الديكي
WIGHT CELL COUNT	WCC	تعداد كريات الدم البيضاء
WITHIN NORMAL LIMITS	WNL	في حدود الطبيعي
WASSERMAN REACTION	WR	تفاعل وزرمان
WOLF PARKINSON WHITE (SYNDROME)	WPWS	تندّر وولف باركنسون
XERODERMA PIGMENTOSUM	XDP	جفاف الجلد الصبغي
CROSS MATCH	X-MATCH	تطابق أو تجانس
X-RAY	XR	أشعة
YEAR	Y	سنة

VELLOW FEVER	YF	الحمى الصفراء
YEAR OF BIRTH	YOB	سنة الميلاد
SPINAL CARD INJRY	SCI	إصابة عمود العصب الفقري
SPONTANEOUS DELIVRY	SD	ولادة فورية
SENILE ENLARG PROSTATE	SEP	ورم البروستاتا الشيخوخي
SERUM GLUTAMIC OXALVIC TRANSMINASE	SGOT	قلوتامين أو كسالك ترتنزمينس بالدم
ERUM GLOTAMIC PYRUVIC TRANSMINASE	SGPT	قلوماتين بايروفيك ترانمينز بالدم
SUB-MUCOUS RESECTION	SMR	سلخ تحت الغشاء
SHORTNESS OF BRETH	SOB	قصر التنفس
SUPRO-PUBLIC PROSTATECTOMY	SPP	عملية بروستاتا فوق العانة
SOAPSUDS ENAMA	SSE	حقنة شرجية بالصابون
SPLIT SKIT GRAFT	SSG	زراعة الجلد المفصول
SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE	STD	الامراض المنقولة تناسلياً
SUCTION TEMINATION OF PREGNACY	STOP	إنهاء الحمل بالشفط
SPONTANEOUS VAGINAL DELIVARY	SVD	ولادة مهبلية فورية
SUPERVENTRACULAR TACHYCARDIA	SVT	زراعة شريحة الوريد السافيني
SPHENOUS VEIN GRAFT	SVG	اسراع القب فوق البطين
TONSILLECTOMY AND ADENOIDECTOMY	T+A	استئصال اللوزتين واللحمية بالأنف
TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY	TAH	استئصال الرحم الكامل من البطن
TENDON ACHILLES LENGTHENING	TAL	تمديد الوتر العرقوبي
RIGHT PULMONARY ARTERY	RPA	الشريان الرئوي الأيمن
RECOVER ROOM	RR	غرفة الإنعاش
RESPIRATORY SYSTEM	RS	الجهاز التنفسي

RADIATION THERAPY	RT	العلاج بالأشعة
RETROGRADE UROGRAM	RU	رسم الجهاز البولي الرجعي
RIGHT UPPER EXTREMITY	RUE	الطرف العلوي الأيمن
RIGHT UPPER LOBE	RUL	الفص العلوي الأيمن
RECURRENT UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION	RUTI	التهاب الجهاز العلوي الرئوي المتكرر
RIGHT VENTRICULAR FILURE	RVF	هبوط بطين ايمن
RIGHT VENTRICULAR HYPERTROPHY	R.V.H	تضخم بطين أيمن
RECIPE=TAKE	RX	يتعاطى العلاج
SARCOMA	SA	ورم سرطاني عضلي
SERUM ALKALINE PHOPHATE	SAP	الفوسفات القلوي بالدم
STILL BIRTH	SB	مولود ميت
SUPACUTE BACTERIAL ENDOCARDITIS	SBE	التهاب القلب التجويفي
SUSTOLIC BLOOD PRESSURE	SBP	ضغط الدم الفوقي
SICKLE CELL ANEMIA	SCA	فقر الدم المنجلي
SQUAMOUS CELL CARCINOMA	SCC	ورم ليمفاوي
RETAINED FOREIGN BODY	RFB	جسم غريب محتجز
RENAL FUNCTION TEST	RFT	اختبار وظائف الكلى
RHESUS FACTOR (NEGATIVE)	RH.NEG	مفاعل ريوس سلبي
PHESUS FACTOR (POSITIVE)	RH.POS	مفاعل ريوس ايجابي
RHEUMATIC HEART DISEASE	RHD	مرض روماتيزم القلب
RIGHT HEART FILURE	Rhf	فشل قلب أيمن
RIGHT ILIAC FOSSA	RIF	حفرة الأليا اليمنى
RIGHT INGUNAL HENIA	RIH	فتق اربي أيمن
RIGHT INDIRECT INGUNIAL HERNIA	R.I.I.H	فتق اربي أيمن غير مباشر
RIGHT KIDENY	RK	الكلية اليمنى
RIGHT LOBE	RL	الفص الأيمن
RIGHT LOWER LOBE	RLE	الطرف السفلي الأسفل

RIGHT LOWER LOBE	RLL	الفص السفلي الأيمن
RADICAL MASTECTOMY	RM	ازالة الثدي الجذرية
RIGHT OBLIQUE INGUINAL HERIA	R.O.I.H	فتق اربي أيمن مائل
RUPTUR OF MEMBRANE	R.O.M	انفجار الغشاء بالولادة
RIGHT OCCIPITIO POSTERIOR	ROP	القفا الخلقي الأيمن
RIGHT OCCIPITO TRANSVERSE	ROT	القفا المتعارض الأيمن
QUAQUE NOCTE = EVERY NIGHT	Q.N	كل مساء
QUAMTUM NON ATTIS = INSUFFICIENCE QUANTITY	Q.N.S	جرعة غير كافية
QUAGQUE HORA = EVER	Q.Q.H	باستمرار
QUANTUM STATIS= SUFFICIENT QUANTITY	Q.S	جرعة كافية
QUAQUE TRES HORA = EVERY THREE HOURS	Q.T.H	كل ثلاث ساعات
QUANTUN VIS = AS MUCH AS DESIRED	Q.V	حسب المطلوب
RHEMATOID ARTHRITIS	RA	التهاب المفاصل الروماتيزمي
RADIATION ABSORVED DOSE	RAD	جرعة الأشعة الممكن امتصاصها
RIGHT BUNDLE BRANCH BLOCK	RBBB	فصل فرعي ايمن
RED BLOOD COUNT	RBC	تعداد كريات الدم الحمراء
RIGHT CORONARY ARTERY	RCA	الشريان التاجي
RIGHT COSTAL MARGIN	RCM	هامش ضلعي أيمن
RESPIRATORY DISEASE	RCV	وحدة القلب والجهاز التنفسي
RESPIRATORY DISEASE	RD	مرض الجهاز التنفسي
RIGHT INGUINAL HERNIA	RDIH	فتق اربي ايمن
RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME	RDS	ناذر ضيق التنفس
RAPID EYE MOVEMENT	RFM	ارتجاج العين السريع
RHEUMATIC FEVER	RF	الحمى الروماتيزمية
POST PARTUM	PP	ما بعد النفاس
POST PROUNDIAL BLOOD SUGAR	PPBS	معدل سكر الدم بعد الصيام

POST PARTUM HAEMORRHAGE	PPH	نزيف ما بعد الولادة
PERFORATED PEPIC ULCER	PPU	قرحة معوية منفجرة
PULMONARY STENOSIS	PS	ضيق الشريان الرئوي
PULMONARY TUBERCULOSIS	PT	سل رئوي
PEPTIC ULCER	PU	قرحة الاثني عشر
PYREXIA OF UNKNOWN ORIGIN	PUO	حمى مجهولة السبب
PER VAGINUM THROUGH THE VAGINUM	PV	عن طريق المهبل
PYLOROPLASTY AND VAGOTOMY	P+V	قطع المهبل البوابي
PREMATRUE VENTRICULAR CONTRACTION	PVC	تقلص بطيني غير تام
PORTAL VENOUS PRESSURE	PVP	ضغط الدم البوابي
POLMONARY VASCULAR RESISTENCE	PVR	مقاومة أوعية التنفس
PAROXYSMAL VENTRICULAR TACHYCARDIA	PVT	اسراع القلب البطيني غير المتوافق
QUAQUE DIE = EVERYDAY	Q.D	مرة واحدة يومياً
QUAQUE DUO HORA = EVERY TWO HOURS	Q.D.H	كل ساعتين
QUAQUE HORO = EVERY HOUR	Q.H	كل ساعة
QUARTER IN DIE = FOUR TIMES DAILY	Q.I.D	اربع مرات يومياً

الفصل الرابع

مهام قسم السجلات الطبية

قسم السجلات الطبية

الموقع التنظيمي:

يقع تحت إشراف المدير المحدد حسب الهيكل التنظيمي

المهمة:

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

المهام:

١. مراجعة الملفات الطبية الخاصة بالمرضى المنومين والمرضى المراجعين للعيادات الخارجية وقسم الإسعاف والطوارئ للتأكد من احتوائها على جميع النماذج والمعلومات اللازمة.
٢. العمل على استكمال المعلومات والنماذج الناقصة بالتنسيق والتعاون مع الأطباء وهيئة التمريض.
٣. ترتيب نماذج السجلات الطبية وفقاً لتسلسل موحد.
٤. فهرست السجلات الطبية حسب التصنيف الدولي للأمراض والإجراءات والعمليات الجراحية .
٥. حفظ السجلات الطبية والصور والتقارير الشعاعية وفقاً لأفضل الأساليب .
٦. تلخيص وتفريغ المعلومات من السجلات الطبية وفقاً للنماذج المعدة لتسهيل عملية استخدام الملفات الطبية للأغراض المختلفة .
٧. متابعة حركة الملفات الطبية وإعادة حفظها والعمل على تكامل ووحدة الملفات الطبية في حالة تكرار الدخول أو المراجعة بحيث يتم الاحتفاظ بسجل موحد لكل مريض .
٨. الإشتراك في لجنة إدارة الجودة واللجان الأخرى بالمستشفى .

- ٩ . القيام بعملية التسجيل المركزي للمرضى وفتح الملفات الطبية للحالات الجديدة وإعداد فهرس المرضى الرئيسي .
- ١٠ . ترتيب المواعيد وتسجل الحالات وتنظيم التحويل في العيادات الخارجية .
- ١١ . تسجيل الحالات الإسعافية وحالات الطب الشرعي في قسم الإسعاف والطوارئ وفتح الملفات الطبية وحفظها وفهرستها واستعادتها .
- ١٢ . حفظ واستعادة جميع السجلات الطبية المستخدمة في المستشفى والتنسيق مع الأقسام المختصة بهذا الشأن .
- ١٣ . اعداد التقارير والشهادات الطبية وتسجيل حالات المواليد والوفيات واعداد التباليغ الخاصة بها واستكمال جميع الإجراءات المتعلقة بهذا الشأن .
- ١٤ . تسجيل حالات الدخول والخروج بالإقسام الداخلية والقيام بكافة الأعمال ذات العلاقة وترتيب مواعيد الدخول والخروج للأقسام الداخلية والقيام بكافة الأعمال ذات العلاقة وترتيب مواعيد الدخول للحالات العادية ورصد حركة الأسرة .
- ١٥ . توجيه أقارب المرضى باستلام ما بحوزة المريض من نقود ثمينة وعند تعذر ذلك استلامها وتسجيلها في صندوق الأمانات وتزويد المرضى بإيصالات استلام .
- ١٦ . إعداد تقارير شهرية عن نشاطات القسم وإنجازاته والملاحظات والتوصيات المتعلقة بتطوير العمل .
- ١٧ . أي مهام أخرى تسند إلى القسم ضمن اختصاصه .

توزيع مهام قسم السجلات الطبية

توزع مهام قسم السجلات الطبية على الشعب التالية:

أولاً:

شعبة الإستقبال وتشمل الوحدات التالية:

١. فرع التسجيل المركزي والمواعيد:

أ. ويعمل لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على مدار السنة بنظام ٣ مناوبات ويقوم موظفو هذا القسم بالمهام التالية:

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

٢. فرع العيادات الخارجية:

ويعمل موظفوا هذا الفرع على تنفيذ المهام التالية:

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

٣. فرع الإسعاف:

ويعمل هذا الفرع لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على مدار السنة بنظام (٣) مناوبات ويقوم بالمهام التالية:

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

ثانياً :

شعبة التنويم والتخريج :

وتشكل من مكتب الدخول واقسام المرضى الداخلية :

١ . مكتب الدخول :

ويعمل لمدة (٢٤) ساعة في اليوم بنظام ثلاث مناوبات كما أنه يقوم بأداء المهام التالية:

- تسجيل المرضى المنومين وكذلك الذين تم إخراجهم من المستشفى .
- التحكم في لوحة الأسرة (المستشفيات التي لا تستعمل الحاسب الآلي) .

- الاحتفاظ بمعلومات عن المرضى المنومين والذين تم خروجهم .
- حجز الأسرة للمرضى الذين سيتم تنويمهم .
- حفظ ممتلكات المرضى .

٢ . فرع الأقسام الطبية (أقسام المرضى) :

موظف الجناح مسئول عن أداء المهام ذات العلاقة بقسم السجلات الطبية وفيما يلي المهام الرئيسية للفرع:

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

- إعداد وإصدار الإحصاء اليومي للمرضى المنومين.

ثالثاً:

شعبة حفظ السجلات الطبية:

وتعمل لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على نظام (٣) ورديات وتقوم بالمهام التالية:

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

وتقسم هذه الشعبة إلى الوحدات التالية:

وحدة إعداد سجلات العيادة الخارجية:

وتقوم بالمهام التالية:

- استلام السجلات من العيادة الخارجية وترتيبها حسب النظام المتبع.
- استلام تقارير الأشعة ووضعها في الملفات الطبية الخاصة بها .
- مراجعة السجلات لمعرفة النواقص ومن ثم عمل الترتيبات اللازمة لإكمال تلك النواقص.

وحدة إعداد سجلات المرضى المنومين:

وتقوم بالمهام التالية:

- جمع ومراجعة الإحصاء اليومي للغاير وجمع تقارير الفحوصات المتأخرة.
- تحليل سجلات المرضى الذين تم خروجهم .
- ترتيب السجلات حسب النظام المتبع وإجراء المراجعة اللازمة لمعرفة النواقص.
- ترميز وفهرست السجلات المكتملة حسب التصنيف الدولي للأمراض والعمليات.

وحدة جمع وتحليل إحصاءات المستشفى:

وتقوم بالمهام التالية:

- جمع إحصاءات العيادة الخارجية ، الإسعاف ، العنابر ، الإحصاءات الإدارية ، وإجراء التحليل اللازم وإصدار التقارير اليومية والشهرية والسنوية.

وحدة حفظ واسترجاع السجلات الطبية وصور الأشعة:

وتقوم بالمهام التالية:

- جمع السجلات وصور الأشعة وحفظها حسب النظام المتبع وتعمل هذه الوحدة لمدة (٢٤) ساعة في اليوم على مدار السنة (٣مناوبات) ويتم حفظ ملف المريض وصور الأشعة حسب النظام المتبع .
- استرجاع الملفات وصور الأشعة حسب الحاجة لذلك.

وحدة المهام العامة لقسم السجلات الطبية:

ومهام هذه الوحدة تشمل الآتي:

- حفظ وحماية السجلات الطبية القديمة وتصويرها بواسطة المايكروفيلم حسب الجدول المعمول به لتقاعد السجلات الطبية.
- إعداد وإصدار التقارير الدورية والتعليمات الخاصة بحفظ السجلات الطبية .
- إعداد البرامج التعليمية والتدريبية لموظفي السجلات الطبية وإعداد الاحتياجات الحالية والمستقبلية للقسم.
- الإشراف على طبع التقارير الطبية وملخص الخروج وتقارير العمليات والتقارير الأخرى وتشمل تقارير علم الأمراض / الأشعة وفي حالة عدم توفر ناسخ مؤهل فإن موظفي قسم السجلات الطبية يقومون بعملية الطباعة.

الفصل الخامس

الوصف الوظيفي ومتطلبات قسم

السجلات الطبية من القوى العاملة

رئيس قسم السجلات الطبية

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة: (الحد الأدنى):

١. شهادة البكالوريوس في السجلات الطبية أو بكالوريوس في أحد فروع العلوم الإدارية أو الإنسانية مع دبلوم لمدة سنة في السجلات الطبية.
٢. خبرة لمدة أربع سنوات في السجلات الطبية في مستشفى.

المعارف والقدرات:

١. إجادة اللغة الإنجليزية.
٢. إجادة المصطلحات الطبية.
٣. القدرة على التنظيم والإشراف المستمر.
٤. القدرة على استخدام الأجهزة والمعدات المستخدمة بقسم السجلات الطبية.
٥. القدرة على الاتصال وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين.

الارتباط الوظيفي:

يرتبط بالمدير المحدد بالهيكل التنظيمي.

الواجبات الرئيسية:

- (١) القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع الخدمات والنشاطات التي يقوم بها قسم السجلات الطبية من حفظ واستخراج الملفات الطبية وفهرسة وتصنيف الأمراض والعمليات وتحليل وترتيب النماذج والملفات وإدخال وإخراج المرضى و إعداد التقارير الطبية.
- (٢) وضع برنامج التدريب والتعليم المستمر للعاملين في قسم السجلات الطبية.
- (٣) التنسيق بين القسم والأقسام الأخرى في المستشفى وحل المشاكل.
- (٤) الإشراف على تطبيق نظام السجلات الطبية المعتمد .

- ٥) الإشراف على استكمال الإجراءات على الملفات الطبية مع الأطباء المعنيين وتقديم الاستشارة للجهاز الطبي في مختلف الأمور المتعلقة بالسجل الطبي.
- ٦) تقييم إنجاز العاملين بالقسم ورفع التوصيات بذلك.
- ٧) يعمل عضواً في لجنة السجلات الطبية.
- ٨) تطوير النماذج الطبية المستعملة في المستشفى.
- ٩) حضور المحاضرات والندوات الخاصة بعمل القسم.
- ١٠) إعداد التقارير الدورية اللازمة عن نشاطات القسم.
- ١١) المشاركة بوضع برنامج إدارة الجودة بالمستشفى والإشراف على تطبيق ما يخص السجلات الطبية منه.
- ١٢) القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

فني سجلات طبية

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة (الحد الأدنى):

١. دبلوم لمدة سنتين في السجلات الطبية بعد الثانوية العامة.

٢. خبرة لمدة سنتين في السجلات الطبية وتصنيف الأمراض والعمليات والإجراءات

المعارف والقدرات:

١. الإلمام باللغة الإنجليزية.
٢. الإلمام بالمصطلحات الطبية.

الارتباط الوظيفي:

- يرتبط برئيس قسم السجلات الطبية.

الواجبات الرئيسية:

١. تحليل وترتيب الملف الطبي وتحديد النواقص حسب الإجراءات المتبعة بالقسم.
٢. متابعة الإجراءات على السجل الطبي غير المكتمل مع الأطباء من خلال تنظيم البطاقات الخاصة بذلك
٣. تصنيف الأمراض والعمليات والإجراءات الجراحية وفق نظام الأمراض والعمليات المعتمد لاستخراج الرمز العالمي لكل مرض أو عملية أو إجراء.
٤. تنظيم فهرس الأمراض والعمليات وفهرس الطبيب والمحافظة عليه .
٥. مساعدة الأطباء وتسهيل مهمتهم لإجراء البحوث والدراسات العلمية من خلال المعلومات المتوفرة في قسم السجلات الطبية.
٦. الإشراف على نظام حفظ الملفات الطبية وإجراء الجرد الدوري على الملفات المحفوظة.
٧. تحضير أي إحصاءات طبية تطلب من خلال فهارس الأمراض والعمليات والأطباء.
٨. القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

أخطاء جودة نوعية

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة :- (الحد الأدنى)

- ١ . شهادة البكالوريوس في الإدارة الصحية أو السجلات الطبية أو التمريض .
- ٢ . خبرة لمدة ثلاث سنوات في أعمال الجودة النوعية في مستشفى .

المعارف والقدرات :-

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

الارتباط الوظيفي :-

- يرتبط برئيس قسم السجلات الطبية .

الواجبات الرئيسية :-

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

مساعد فني سجلات طبية

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة : (الحد الأدنى)

- (١) شهادة الثانوية العامة مع دورة لمدة ستة أشهر في السجلات الطبية .
- (٢) خبرة لمدة سنة في السجلات الطبية .

المعارف والقدرات

- (١) الإلمام باللغة الإنجليزية والعربية .
- (٢) الإلمام بالمصطلحات الطبية .

الارتباط الوظيفي

- يرتبط بفني السجلات الطبية المسئول .

الواجبات الرئيسية :

- (١) حفظ وترتيب السجلات الطبية حسب الطريقة المعتمده .
- (٢) استخراج وتحضير السجلات الطبية .
- (٣) تنظيم بطاقة مراقبة السجلات الطبية عند الاستخراج .
- (٤) تدقيق بطاقة مراقبة السجلات الطبية عند الحفظ .
- (٥) فرز السجلات الطبية غير النشطة والتصرف بها حسب النظام .
- (٦) تدقيق السجلات المحفوظة بهدف اكتشاف الأخطاء .
- (٧) ترقيم وتلوين السجلات الطبية الجديدة .
- (٨) تنظيم بطاقة فهرس المريض لكل سجل طبي .
- (٩) مساعدة فني السجلات الطبية في عمله .
- (١٠) القيام بأية مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه .

مشرف مكتب تنويم المرضى

المؤهلات العلمية والخبرات المطلوبة (الحد الأدنى):

- ١ . بكالوريوس في أحد فروع العلوم الإدارية أو الإنسانية مع خبرة في أعمال مكتب التنويم لمدة سنتين في مستشفى.

المعارف والقدرات:

- ١ . الإلمام بالمصطلحات الطبية.
- ٢ . المعرفة الجيدة بأعمال وواجبات مكتب التنويم في المستشفى.
- ٣ . الإلمام الجيد باللغة الإنجليزية .
- ٤ . القدرة على الإشراف والمتابعة المستمرة.
- ٥ . القدرة على الإتصال وإقامة علاقات طيبة مع الآخرين.

الإرتباط الوظيفي:

- يرتبط برئيس قسم السجلات الطبية.

الواجبات الرئيسية:

- ١ . الإشراف اليومي على أعمال مكتب التنويم في المستشفى.
- ٢ . ضبط قانونية المعالجة وفق النظام والتعليمات المعمول بها.
- ٣ . التنسيق بين المكتب وأقسام المرضى.
- ٤ . تدريب العاملين في المكتب على كافة الإجراءات والأعمال المتعلقة بالعمل والتأكد من قيامهم بهذه الأعمال بكفاءة.
- ٥ . تنفيذ سياسات المستشفى المتعلقة بتنويم المرضى وإخراجهم ووضع إجراءات عمل تمكن العاملين في المكتب من تنفيذ هذه السياسات .
- ٦ . ضبط لوحة أسرة المستشفى (في حالة استعمالها) وتنظيم تنويم المرضى في ضوء الأنظمة والتعليمات التي تضعها الإدارة.

٧. تدقيق كافة الكشوفات والتقارير التي تصدر عن مكتب التنويم قبل رفعها إلى الجهات المعنية بالمستشفى.
٨. الإجابة على كافة الاستفسارات الإدارية المتعلقة بالمرضى.
٩. الإحتفاظ بالأشياء الثمينة للمريض في خزانة حديدية خاصة بذلك وتنظيم ملف الأمانات المعتمد وإعطاء المريض إشعاراً بالاستلام.
١٠. القيام بأي مهام أخرى يكلف بها ضمن اختصاصه.

متطلبات قسم السجلات الطبية من القوى العاملة حسب

السعة السريرية

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

الفصل السادس

سياسات العمل

سياسات العمل

أولاً: ساعات العمل والمناوبات:

يقدم قسم السجلات الطبية خدماته على مدار الساعة خلال اليوم طيلة أيام السنة. ويتم تغطية العمل بأسلوب المناوبات على ثلاث فترات ويكون مجموع ساعات العمل خلال الأسبوع (٤٨) ساعة لكل موظف بالقسم.

ثانياً : جدول المناوبات الدورية:

يقوم قسم السجلات الطبية بإعداد جدول دوري يضمن حركة موظفي السجلات الطبية بين الوحدات المختلفة كل شهر، بينما يتم انتقال المشرفين والموظفين الذين تم تدريبهم تدريباً خاصاً من قسم لآخر كل (٣ - ٦) شهور ويشتمل الجدول على اسم الموظف ، مكان العمل ، المسئوليات واسم رئيس الوحدة.

ثالثاً: تطبيق التعليمات:

التعليمات واللوائح والأنظمة التي ترد إلى القسم يتم تعميمها على الموظفين أو يتم مناقشتها معهم في حينها لضمان شعورهم بالمشاركة في مسئولية النهوض بالعمل بالمستشفى.

رابعاً : اللائحة التنظيمية:

يجب أن تكون اللائحة التنظيمية واضحة بحيث لا يكون هناك أي لبس بشأن الواجبات والمسئوليات كما تتم كتابة الوصف الوظيفي الخاص بكل موظف بالقسم بصورة واضحة.

خامساً: تدريب الموظفين الجدد:

قبل مباشرة أي موظف لعمله يجب أن يتم تدريبه تدريباً كافياً ويتم تعريفه بكل العاملين بالقسم خلال الأسبوع الأول والثاني ثم يتم تعريفه بالأقسام الأخرى بالمستشفى ذات العلاقة بقسم السجلات الطبية . وفي بداية الأمر يعمل الموظف الجديد تحت إشراف أحد الموظفين من ذوي الخبرة وهذه الفترة مهمة حتى يتسنى للموظف التعرف على اللوائح والنظم التي يتم تطبيقها بالقسم .

سادساً: اجتماعات القسم :

تقوم إدارة قسم السجلات الطبية بعقد اجتماع شهري يضم كل العاملين بالقسم وذلك بغرض تقييم الأداء اليومي للعاملين بالقسم.

سابعاً : مرور رئيس قسم السجلات الطبية:

يقوم رئيس القسم بمرور دوري على كل الوحدات بالقسم للتعرف على أداء العاملين والمشاكل التي تعترض سير العمل وهناك نوعان من تلك الجولات :

الأول: - يتم وفق جدول مسبق.

الثاني: - يتم في أي وقت بصفة غير متوقعة بواقع مرة في اليوم.

ثامناً: تقديم التقارير:

يتم تقديم التقارير وفق جدول معروف يوضح محتويات تلك التقارير ومتى ولمن يتم تقديمها.

تاسعاً: الإتصالات الإدارية:

على القسم إنشاء وحدة جيدة وفعالة للإتصالات الإدارية بين الوحدات المختلفة داخل القسم وكذلك مع الأقسام الأخرى داخل وخارج المستشفى.

عاشراً : الإمدادات والأثاث:

يقوم رئيس قسم السجلات الطبية بالإتصال بالجهات المسؤولة وذلك بغرض توفير الأثاث والتجهيزات اللازمة وغيرها من احتياجات القسم.

إحدى عشر : نقل السجلات الطبية:

يقوم المستشفى بتوفير كافة الوسائل اللازمة لنقل السجلات من مكان لآخر.

اثنا عشر : نسخ السجلات الطبية:

يجب توفر ناسخ طبي وذلك لنسخ التقارير المختلفة وملخص حالة المريض بعد الخروج من المستشفى.

ثلاثة عشر : النظافة والمحافظة على بيئة صحية داخل القسم:

النظافة الجيدة داخل المكاتب تساعد الموظفين على أداء عملهم وتحسين إنتاجهم كما أن تنظيم درجة الحرارة والرطوبة والتهوية داخل المكاتب من العوامل

المساعدة على الارتقاء بالخدمات المقدمة ، كما يجب أن يضم القسم استراحة منفصلة لكل من النساء والرجال.

أربعة عشر : الوقاية من الحريق:

وتشمل سجلات حالات الطب الشرعي وتتم حمايتها بوضعها في صناديق محمية من الحريق كما يجب عمل التوصيلات الكهربائية بصورة تمنع حدوث أي التماس كهربائي.

خمس عشر : وسائل السلامة:

ينبغي حماية العاملين والزائرين للقسم من الحرائق وذلك بتطبيق قواعد السلامة المختلفة كما ينبغي وضع الدواليب والرفوف بالطريقة المناسبة التي تضمن سلامة العاملين والزوار.

ستة عشر : مكافحة العدوى :

ينبغي وضع الضمانات الكافية لعدم تعرض العاملين بالقسم للأمراض المعدية وغيرها وذلك بالكشف الدوري على العاملين بالقسم.

سبعة عشر : خطة الطوارئ:

رئيس قسم السجلات الطبية عضو في لجنة الطوارئ بالمستشفى وتتضمن الدور الذي يقوم به رئيس قسم السجلات الطبية بالنسبة لخطة الطوارئ وعليه يجب أن يكون العاملين بالقسم على علم تام بتنفيذ هذه الخطة في حالة الضرورة ، كما يجب وضع خطة مماثلة لخطة الطوارئ داخل قسم السجلات الطبية ويتم تدريب منسوبي القسم على تلك الخطة .

الفصل السابع

متطلبات قسم السجلات الطبية من

الأجهزة والمعدات حسب السعة

السريرية

**متطلبات قسم السجلات الطبية من الأجهزة والمعدات حسب السعة
السريرية**

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

						دولاب استيل يدعى (بجن هول راك) يحتوي على ١٠٠ رف لحفظ تقارير فحص الأشعة والمختبر وغيرها . المقاس: الطول ١٥٠سم العرض ١٨٠سم العمق ١٨ سم	٣
	٢	٢	١	١	١	دولاب (استيل) حجم صغير لنسخ السجلات خمسة أدراج بكل درج أربعة أرفف . المقاس :طول ١٤٠ سم عرض: ١٠٠سم عمق ٣٣سم	٤
	٨	٧	٥	٤	٢	دولاب لحفظ الأدوات المكتبية ووثائق القسم المقاس: طول : ١٩٥سم عرض ٩٠سم عمق ٥٠سم	٥

						دولاب لحفظ الكتب (المقاس: الطول ٩٠سم العرض ٩٠سم والعمق ٤٠سم	٦
						دولاب لحفظ الملفات بأربعة أدراج للتقارير والأوراق ذات الصلة	٧
						دولاب لحفظ كروت الفهرسة مقاس ٥x٣ انش للكروت مقاس (١٢,٥سمx٧,٥سم) المقاس : طول ١٣ سم عرض ٣٧ سم ، عمق ٤٠ سم (دولاب مزدوج).	٨
						دولاب لحفظ كروت الفهرسة مقاس ٥ x٨ (٢٠,٥سمx١٢,٥سم) المقاس : طول ١٨٥سم عرض ٤٧سم عمق ٤١ سم	٩

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

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

	٦	٥	٤	٤	٣	ماكينة ترقيم إنجليزي محبرة بستة أرقام بحجم ٥ جم.	١٧
	٨	٧	٥	٤	٢	آلة كاتبة باللغة الإنجليزية مدى ٤٦ سم ذات نوعية جيدة.	١٨
	٣	٣	٢	٢	١	آلة كاتبة كهربائية باللغة العربية مدى ٤٦ سم ذات نوعية جيدة	١٩
	٢	٢	١	١	١	ماكينة تصوير للتصغير والتكبير	٢٠
	٢	٢	١	١	١	آلة سنتسل بسعة ١٥٠ ورقة/دقيقة بحمل قدره (٥٠٠) ورقة	٢١
	٢	٢	١	١	١	آلة لطباعة الوقت والتاريخ	٢٢
	٣	٣	٢	٢	١	دولاب لحفظ الكروت بستة أرفف للكروت مقاس ٨x٥ انش	٢٣
	يحدد طبقاً لحجم العيادات والأجنحة وغيرها					ختم للقسم مقاس ٥x١ سم	٢٤
						أختام للسجلات الطبية:	٢٥
	٣	٣	٢	٢	١	للوفاة مقاس ١٠x٢ سم	

	٣	٣	٢	٢	١	الميكروفيلم ١٠x٢	
	٣	٣	٢	٢	١	للأشعة مقاس ١٠x٢ اسم	
	٣	٣	٢	٢	٢	للإلغاء مقاس ١٠x٢ اسم	
	٢	٢	٢	١	١	الطب الشرعي ١٠x٢ اسم	
	٤	٤	٣	٢	٢	الغير نشط مقاس ١٠x٢ اسم	
	٣	٣	٢	٢	١	السجل المزدوج مقاس ١٠x٢ اسم	
	٣	٣	٢	٢	١	جهاز ميكروفيلم ويشتمل على المعالجة والمظهر وازدواجية الصور وغيرها.	٢٦
	١٠	٨	٦	٤	٢	كمبيوتر شخصي مع طابعة وشاشة أو وحدة معالجة مركزية بطرفيات	٢٧
	٣	٣	٢	٢	٢	ماكينة عناوين لطبع كروت المرضى البلاستيكية	٢٨
	١	١	١	١	-	جهاز فاكسميل للاتصالات السريعة للتقارير الطبية.	٢٩
	٢	٢	٢	١	١	ماكينة تقطيع ورق حجم كبير	٣٠
	٣	٣	٢	٢	١	دباسة حجم كبير	٣١

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

السجلات الطبية

(الجزء الثاني)

إجراءات العمل

التسجيل المركزي والمواعيد

1. التحكم في أرقام المستشفى:

- أ) يتم تحديد ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي)
وتسلم لموظف التسجيل المركزي لتسجيل الحالات الجديدة .
- ب) كتابة اسم الشخص المستلم وأخذ توقيعه .
- ت) مراجعة سجل الحالات الجديدة للتأكد من استعمال الأرقام الصحيحة .
- ث) يتم تحديد ٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي)
أخرى قبل يومين من نهاية استعمال الأرقام السابقة .
- ج) إخطار الموظف المسئول إذا تمت ملاحظة أي خلل في الإجراءات
السابقة .

٢. تجهيز الملفات الطبية مسبقاً الترقيم:

- أ) استلام ٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) مستشفى
من موظف التسجيل المركزي المسئول .
- ب) تجهيز ملفات طبية مسبقاً الترقيم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب
الآلي) للعيادات الخارجية يحتوي كل منها على غلاف خارجي .
- ت) استمارة العيادات الخارجية .
- ث) استمارة التطور المرضي والفحص السريري .
- ج) استمارة نتائج الفحوصات المخبرية .
- ح) استمارة تقارير الأشعة .

٣. ترتيب النماذج بالملف الطبي:

- أ) استمارة العيادات الخارجية .
- ب) استمارة التطور المرضي والفحص السريري .
- ت) استمارة تقارير الأشعة .
- ث) استمارة نتائج الفحوصات المخبرية .

ج) إدخال المشابك البلاستيكية لتثبيت الاستثمارات والنماذج.

4. ترقيم الملفات الطبية والاستثمارات والنماذج:

أ) البدء بالأرقام غير المستخدمة (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) .

ب) مراجعة سجل التحكم في أرقام المستشفى للحصول على الأرقام الصحيحة (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) .

ت) يدون رقم المستشفى على الغلاف الخارجي، استمارة العيادات الخارجية، استمارة التطور المرضى والفحص السريري، استمارة تقارير الفحوصات المخبرية، استمارة تقارير الأشعة.

ث) ترقيم بطاقات أرقام المستشفى وفهرسة المرضى الرئيسية.

ج) وضع بطاقات أرقام المستشفى مسبقاً الترقيم وبطاقات فهرسة المرضى الرئيسية في الغلاف المعد لذلك.

ح) تسليم الأغلفة للوحدة المركزية لتسجيل الحالات الجديدة.

خ) الاحتفاظ ببيان الأغلفة التي تم تسليمها وذلك لتفادي ازدواجية الترقيم.

5. تسجيل الحالات الجديدة وتزويد العيادات الخارجية بالملفات:

أ) استلام ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) من وحدة التحكم بأرقام المستشفى .

ب) تحديد ١٠٠٠ رقم (المستشفيات التي لا تستخدم الحاسب الآلي) لتجهيز الملفات الطبية.

ت) تحضير نماذج ما قبل التسجيل وذلك بتدوين المعلومات التعريفية بعد أخذها من المريض أو أحد أقاربه.

ث) استلام نماذج ما قبل التسجيل وخطابات التحويل وذلك لتسجيل المرضى.

ج) تصنيف نماذج ما قبل التسجيل القديمة والجديدة.

ح) إرسال الحالات الجديدة لوحدة فهرس المرضى الرئيسية والحالات القديمة لوحدة المواعيد.

خ) استلام نماذج ما قبل التسجيل من وحدة فهرس المرضى الرئيسي مصنفة حسب الحالات الجديدة وحالات الاشتباه كل على حده ليتم مراجعتها مع المريض عند حضوره حسب المواعيد.

د) إدخال المعلومات الموجودة في نماذج ما قبل التسجيل في سجل الحالات الجديدة وتحديد أرقام مستشفى جديدة.

ذ) تحديد الغلاف مسبق الترقيم المقابل وكتابة المعلومات التعريفية في كل الملفات (ملفات العيادة الخارجية وبطاقات رقم المستشفى الخ...).

ر) إدخال نموذج ما قبل التسجيل في الغلاف .

ز) الاحتفاظ ببطاقة فهرس المرضى الرئيسية في مكان محدد.

س) الاحتفاظ بكل الحالات المسجلة حسب التاريخ ، الخدمة والوحدة في مكان محدد.

ش) استلام كشف مواعيد المرضى وملفاتهم من وحدة المواعيد.

ص) إدخال عدد الحالات الجديدة وحالات المواعيد التي سيتم تزويدها للعيادات المختلفة في استمارة استلام الملفات والاحتفاظ بالملفات في مكان محدد ليقوم كاتب العيادة الخارجية بجمعها في يوم العيادة المحدد.

٦. الحالات المشتبه فيها:

أ) أخذ المعلومات عن المريض عند حضوره في المواعيد المحددة ومن ثم تصنيف الحالات إلى حالات جديدة أو قديمة.

ب) تحضير ملفات جديدة لحالات المرضى الجدد.

ت) استلام الملفات القديمة في حالات المرضى القدامى.

ث) تحضير بطاقة رقم المستشفى وإدخال كل المعلومات المهمة على البطاقة.

٧. الملفات المفقودة:

- (أ) استقبال المريض وتحديد زيارته السابقة للمستشفى والاستفسار منه عن حركة الملف .
- (ب) استلام الملف في حالة معرفة مكانه .
- (ت) في حالة عدم التوصل إلى تحديد مكان الملف يتم تحضير ملف بديل
- (ث) ويعطى نفس رقم المستشفى وتكتب عليه المعلومات التعريفية .
- (ج) الإشارة إلى أن الملف بديل وذلك بإصاق مذكرة على الغلاف توضح ذلك .
- (ح) إدخال المعلومات في سجلات الملفات البديلة وتوقيع رئيس قسم السجلات الطبية على المذكرة التي على الغلاف .

٨. تقارير الفحوصات التي تحمل أرقاماً خاطئة والتي لا تحمل أرقاماً:

- (أ) استلام كل التقارير ذات الأرقام المغلوطة والتي لا تحمل أرقاماً من وحدة التحضير بالعيادة الخارجية .
- (ب) ترتيب التقارير تصاعدياً حسب الحروف الأبجدية .
- (ت) حفظ التقارير في مكان محدد ليتم مراجعتها مع المريض .
- (ث) التأكد من المعلومات التالية وذلك بمراجعتها مع المريض (تاريخ مراجعة العيادة الخارجية، رقم المستشفى ، الاسم، العمر، الجنس، الخدمة ، تاريخ الفحص.....الخ) . وذلك للمساعدة في تحديد التقارير .
- (ج) كتابة رقم المستشفى الصحيح على التقرير وارساله إلى العيادة الخارجية في حالة تطابق المعلومات .
- (ح) مطابقة التقارير مع فهرس المرضى الرئيسي للحصول على رقم المستشفى الصحيح .
- (خ) إرجاع التقارير التي يتم تصنيفها مرة كل ثلاثة أشهر إلى مكتبة السجلات الطبية عن طريق رئيس القسم .

٩. فهرس المرضى الرئيسي (في حال عدم استعمال الحاسب الآلي)

- (أ) استلام بطاقات الفهرسة الخاصة بالمرضى الجدد يومياً من وحدة تسجيل المرضى الجدد .

- ب (مطابقة فهرس المرضى الرئيسي مع سجل الحالات الجديدة للتأكد من أن كل بطاقات فهرسة المرضى تشتمل على رقم المستشفى والمعلومات التعريفية كما أن المعلومات التي على سجل الحالات الجديدة يجب أن تنطبق مع المعلومات المسجلة على بطاقة الفهرسة.
- ت (إكمال المعلومات الناقصة إن وجدت.
- ث (إجراء التصحيح اللازم والترتيب بحيث تكون البطاقات التي تحتوي على أسماء متشابهة في مكان واحد للحفظ.

١٠. الحفظ:

- أ (ترتيب بطاقات الفهرسة حسب الحروف الأبجدية .
- ب (تحفظ البطاقات في كابتينة الحفظ حسب الحروف الأبجدية.
- ت (إجراء أي تصحيح للأخطاء التي يتم ملاحظتها على بطاقة الفهرسة أثناء عملية الحفظ.
- ث (نقل البطاقات التي تم حفظها بالخطأ إلى المكان الصحيح .
- ج (حفظ البطاقات التي تبدأ بالحرف (ب) بعد الانتهاء من الحرف (أ) والتسلسل بالحروف الأبجدية.

١١. بطاقات الفهرس المتعددة للمريض الواحد:

- أ (إبعاد جميع بطاقات الفهرسة التي تحتوي على معلومات متشابهة وتخص مريض واحد مع وضع مذكرة بذلك في المكان الصحيح .
- ب (الحصول على ملف المريض.
- ت (التأكد من أن جميع البطاقات تخص مريضاً واحداً.
- ث (الاحتفاظ برقم المستشفى الأول ومحو الأرقام الأخرى عدا أرقام ملفات حالات الطب الشرعي.

١٣. إلغاء الملفات:

- أ (إزالة كل النماذج المهمة من الغلاف المراد إغائه ثم محو رقم المستشفى من كل النماذج وكتابة أرقام الملفات التي يراد الاحتفاظ بها.
- ب (إدخال النماذج التي تم إزالتها في الملفات المراد الاحتفاظ بها ثم ترتيب الملفات في المكان المحدد للاحتفاظ بها.

- ت (رسم خطين على الصفحة الأمامية من الغلاف مع كتابة مذكرة بإلغاء الملف .
- ث (إدخال المعلومات في كلا الملفين المراد الاحتفاظ به ويشمل على كل من الأرقام التي تم إزالتها والملف الذي تم إلغائه ويشمل الرقم الذي تم إلغائه ورقم الملف المراد الاحتفاظ به .
- ج (حفظ الملفات التي تم إلغائها في مكانها الصحيح .
- ح (الإدخال المماثل للمعلومات على بطاقة الفهرسة .
- خ (تثبت البطاقات التي تم إلغائها على ظهر البطاقات الحالية وحفظها في المكان المناسب .

13. سجل أرقام المستشفى الملغية:

- أ (يتم تسجيل الأرقام التي تم إلغائها والتي تم الإحتفاظ بها في سجل إلغاء أرقام المستشفى .
- ب (الأرقام التي تم إلغائها لا تعطى مرة أخرى لموظف تسجيل الحالات الجديدة لاستعمالها .

14. استلام نماذج ما قبل التسجيل لتسجيل الحالات الجديدة:

- أ (مطابقة المعلومات التعريفية على بطاقة فهرس المرضى الرئيسي مع المعلومات التي على نموذج ما قبل التسجيل .
- ب (تصنيف نماذج ما قبل التسجيل إلى حالات جديدة ، حالات قديمة مسجلة وحالات قديمة مشكوك فيها .

15. متابعة أرقام المستشفى:

- أ (الحصول على المعلومات التعريفية اللازمة لمتابعة رقم المستشفى .
- ب (إدخال رقم المستشفى على استمارة الطلب عند التأكد من صحة المعلومات .
- ت (عدم تسجيل رقم المستشفى على ملف الحالات المشتبه فيها .

16. حالات الدخول:

- أ (استلام بيان الدخول اليومي من مكتب الدخول .

- ب (استعادة بطاقة فهرس المريض من كابينة الحفظ وإدخال تاريخ الدخول ،
الخدمة، الوحدة.
- ت (حفظ بطاقة الفهرسة للمرضى المنومين في ملف (في المستشفى) بترتيب
تصاعدي حسب الحروف الأبجدية.

١٧. حالات الخروج:

- أ (استلام بيان الخروج اليومي من قسم الدخول والخروج.
- ب (استعادة بطاقة فهرس المريض وإدخال تاريخ الخروج ، التشخيص النهائي
والنتيجة على بطاقة فهرست المرضى الرئيسية.
- ت (القيام بالتصحیحات اللازمة لأي معلومات جديدة أثناء فترة التنويم مثل الخدمة
والوحدة.
- ث (كتابة النتيجة بحروف بارزة بالحبر الأحمر في حالة وفاة المريض.
- ج (حفظ بطاقة الفهرست للمرضى الذين تم خروجهم في المكان الصحيح في كابينة
فهرس المرضى الرئيسي.

١٨. مواعيد مرضى المتابعة:

- ١ استلام بيان بالمرضى القدامى مع أرقام المستشفى من وحدة تسجيل الحالات
الجديدة
- ٢ استلام بيان بالمرضى القدامى من وحدة فهرسة المرضى العام.
- ٣ إدخال رقم المستشفى وأسماء المرضى في سجل المتابعة حسب التاريخ
والتخصص.
- ٤ استقبال المرضى من كل العيادات مع استمارات طلب المواعيد للقيام بإعطاء
المواعيد.
- ٥ تحويل المرضى لطبيب العيادة الخارجية في حالة وجود أي عقبات دون
إعطاء مواعيد.
- ٦ تسجيل المريض للمواعيد حسب الخدمة ، التاريخ، رقم المبنى.

- ٧ تحضير بيان مرضى المتابعة من أربعة نسخ ترسل نسختين منها إلى مكتبة السجلات الطبية قبل ثلاثة أيام ونسخه إلى العيادة الخارجية وأخرى إلى التسجيل المركزي .
- ٨ استلام ملفات المرضى وكشف بأسماء المرضى (تشمل الحالات المشكوك فيها) مكتبة السجلات الطبية.
- ٩ مطابقة أسماء المرضى في الكشف من الملفات للتأكد من استلام جميع الملفات.
- ١٠ إرسال ملفات المرضى ذات الأرقام (أرقام المستشفى) المشكوك فيها لوحدة فهرست المرضى الرئيسية لإعطاء الأرقام الصحيحة.
- ١١ استلام أرقام المستشفى التي تم تصحيحها والمشكوك فيها من وحدة فهرست المرضى الرئيسي.
- ١٢ إرسال أرقام المستشفى التي تم تصحيحها والمشكوك فيها من وحدة فهرست المرضى الرئيسي.
- ١٣ إرسال الأرقام التي تم تصحيحها لمكتبة السجلات لاسترجاعها الملفات وإعادتها.
- ١٤ الاحتفاظ بالملفات المشكوك فيها في مكان خاص بذلك حتى يتم استبيان الأمر مع المريض عند حضوره.
- ١٥ تصنيف وترتيب بيان بالمواعيد والملفات حسب الخدمة المطلوبة.
- ١٦ إرسال قائمة المواعيد والملفات لقسم تسجيل الحالات الجديدة المركزي.

العيادات الخارجية

1. تجميع ملفات المرضى واستقبالهم:

- أ (إعداد قائمة بالمرضى الجدد والقدامى وإحضار ملفات المرضى شاملة صور الأشعة من قسم التسجيل المركزي لاستلام بيان بالحالات المشكوك فيها ونماذج الإحصاء.
- ب (مطابقة عدد المرضى في كشف المرضى الجدد والقدامى مع عدد الملفات قبل التوقيع على استمارة استلام الملفات.
- ت (التوقيع على استمارة استلام الملفات وأخذ الصورة الأصلية مع ترك الصورة الثانية في قسم التسجيل المركزي.
- ث (مراجعة الملفات والتأكد من احتوائها على كل التقارير كما يجب التأكد من أنها موضوعة حسب الترتيب الصحيح.
- ج (إعادة السجلات الناقصة للتسجيل المركزي لاستكمالها واسترجاعها.
- ح (استقبال المرضى الجدد والقدامى في العيادة الخارجية.
- خ (مراجعة كشف المرضى والتأكد من وجود ملف لكل مريض واحتوائه على جميع التقارير.
- د (توجيه المريض لقسم التسجيل المركزي في حالة وجود أي أخطاء لإكمال المعلومات التعريفية أو تحديد مكان الملف.
- ذ (توجيه المرضى ذوي الملفات المكتملة للإنتظار في المكان المخصص لذلك لحين مقابلة الطبيب.
- ر (تحضير بطاقة رقم مستشفى جديد للمرضى الذين فقدت بطاقاتهم أو لم يحضروها معهم.
- ز (ترتيب الملفات والمرضى الذين يحتاجون لوصف العلاج حسب الأسبقية الزمنية.
- س (تسليم الملف للممرضة التي تقوم بدورها بتسليم الملف للطبيب وإخطار المريض لمقابلته.

2. وصف العلاج:

أ (استلام ملفات المرضى من الممرضة المسؤولة عن العيادة وذلك للمرضى الذين تم وصف علاج لهم.

٣. الدخول للوحدات – الأقسام الداخلية:

أ (استلام استمارة إذن الدخول والملف من الممرضة المسؤولة.

ب (تدوين الدخول في كشف الدخول.

ت (إرسال المريض والملف إلى مكتب الدخول مع مراسل .

٤. التحويل لعبادة أخرى:

أ (استلام استمارة التحويل والملف من الممرضة المسؤولة.

ب (إرسال المريض والملف إلى قسم التسجيل المركزي والمواعيد إذا كانت الحالة روتينية - عادية.

ت (إرسال المرضى الذين يحتاجون إلى استشارات عاجلة إلى القسم المختص.

ث (كتابة مذكرة بذلك في الكشف وإرسال الملف مع دليل متابعة الملف مع المراسل.

ج (توجيه المريض بالذهاب مع المراسل أو الاتصال بالقسم المعني لأخذ المريض.

ح (استلام دليل متابعة الملف - من المراسل بعد أن يوقع عليه من قبل الشخص الذي استلم الملف.

٥. المرضى المحولين من عيادات أخرى:

أ (استلام التوقيع على - دليل تحديد متابعة الملف.

٦. طلب إجراء فحوصات مخبرية – صور أشعة:

أ (استلام ملف المريض ونموذج طلب الفحص من الممرضة المسؤولة.

ب (مطابقة المعلومات التعريفية في الملف مع المعلومات الواردة في استمارات طلب الفحص وإجراء أي تعديل إذا دعت الحاجة لذلك.

ت (تسليم نماذج الفحوصات للمريض.

٧. أوامر العلاج:

- أ) كتابة مذكرة على قائمة المرضى إذا كان المريض يتلقى علاجاً في العيادة.
- ب) استقبال المريض المحول إلى عيادة أخرى واستلام الملف الطبي الخاص به من الممرضة المسؤولة.
- ت) تسجيل العلاج الذي يتلقاه المريض في قائمة المرضى وعلى دليل تحديد موقع الملف .
- ث) إرسال الملف ودليل تحديد موقع الملف مع مراسل ومن ثم استلام الدليل .
- ج) توجيه المريض بالذهاب للعيادة الموجه إليها.

٨. مواعيد المتابعة في نفس العيادة:

- أ) استلام ملف المريض ونموذج المتابعة من الممرضة المسؤولة.
- ب) تحويل المريض مع النموذج إلى وحدة التسجيل المركزي أو المواعيد وذلك ليتم تسجيله وإعطاء الموعد .

٩. الملفات بدل الفاقد:

- أ) استلام الملفات (بدل الفاقد) للمرضى الذين فقدت ملفاتهم.
- ب) إدخال مذكرة في الملف (بدل الفاقد) في الكشف ومتابعة الإجراءات كما في الحالات الأخرى.
- ت) استعادة المذكرة من الملف بعد معاينة المريض بواسطة الطبيب.
- ث) تسليم مذكرة الملف (بدل فاقد) لفني السجلات الطبية شخصياً.

١٠. تجميع الإحصاءات:

- أ) جمع إحصائية عن المرضى الذين تم علاجهم في العيادات الخارجية وتصنيفهم كالتالي:
- الحالات الجديدة.
 - مرضى المتابعة.
 - ذكر، أنثى ، طفل.
- ب) جمع إحصائيات عن مرضى العيادات الخارجية الجدد وحالات المتابعة وتصنيفها إلى :
- عدد المرضى المسجلين.
 - عدد المرضى الحضور.
 - عدد الغياب.

ت (جمع إحصائيات عن الحالات الجديدة وحالات المتابعة وتصنيفها إلى :
(سعودي ، غير سعودي).

11.تجميع وإحصاء الملفات:

- أ (استلام الملفات وصور الأشعة ومطابقتها بما هو موجود في القائمة.
ب (الحصول على استمارة استعارة الملفات من ممرضة القسم المسئولة ويجب أن تكون موقعه من الطبيب الذي يريد الاحتفاظ بالملف.
ت (الحصول على التوقيع في حالة فقدان الملف على استمارة الملفات المفقودة.
ث (إحصاء الملفات ومطابقتها بما هو موجود بالقائمة وتسجيل ذلك على استمارة الملفات المعادة.

12.إعادة الملفات:

- أ (إعادة الملفات عند الإنتهاء من كشف هذه العيادات لمرضاها مع استمارة الملفات إلى مكتبة السجلات الطبية.

الإسعاف والطوارئ

١. التحكم في أرقام قسم الإسعاف والطوارئ:

- أ) يتم تحديد (٢٠٠٠) رقم اسعاف جديد وإرساله إلى قسم التسجيل بالإسعاف والطوارئ (في حاجة عدم استعمال الحاسب الآلي) .
- ب) كتابة اسم الشخص الذي قام باستلام الأرقام وأخذ توقيعه.
- ت) مراجعة سجل الإسعاف ونماذج العلاج مسبقاً الترقيم للتأكد من الأرقام المرسله قد تم استخدامها بالطريقة الصحيحة .
- ث) يتم تحديد أرقام إسعاف أخرى لتسجيل الحالات الجديدة بقسم الإسعاف قبل الإنتهاء من استخدام الأرقام السابقة بيومين .

٢. تحضير نماذج العلاج مسبقاً الترقيم:

- أ) يقوم مساعد فني السجلات الطبية باستلام أرقام الإسعاف من مشرف السجلات الطبية بالإسعاف .
- ب) ترقيم نماذج العلاج كالاتي:
- ت) البدء بالرقم غير المستخدم .
- ث) طباعة رقم الإسعاف على نموذج العلاج في أعلى اليمين وكذلك على سجل الإسعاف .
- ج) إرسال نموذج الإسعاف مسبقاً الترقيم لمشرف التسجيل بالإسعاف .
- ح) الإحتفاظ بأرقام النماذج التي تم إرسالها لتفادي استخدام الأرقام مره أخرى .

خ (وضع نماذج العلاج والبطاقات المرقمة في المكان المعد لذلك.

٣. التسجيل:

يقوم مساعد فني السجلات الطبية بأعمال التسجيل.

أ (المرضى المحولون بخطابات:

- استقبال المريض والاطلاع على خطاب التحويل للتأكد من نوع الخدمة المطلوبة.

ب (المرضى بدون خطابات تحويل:

- استقبال المريض وتحديد الشكوى للتأكد من نوع الخدمة المطلوبة.

ج (التأكد فيما إذا سبق للمريض مراجعة المستشفى من قبل أم لا؟

د (إذا كان المريض قد راجع المستشفى من قبل عليه إحضار بطاقة رقم المستشفى أو الإسعاف وأخذ المعلومات التعريفية منه.

ه (التأكد من وجود رقم المستشفى أو الإسعاف على نموذج التسجيل المرقم.

و (إدخال المعلومات بنموذج العلاج المرقم بالإسعاف وتسجيل نوع الخدمة وتاريخ وساعة حضور المريض للإسعاف.

ز (إدخال المعلومات التعريفية في سجل الاسعاف مقابل رقم الاسعاف التسلسلي ثم إدخال المعلومات الهامة مثل(الاسم ، العمر، الجنس) في بطاقة رقم الاسعاف.

ح (جمع نماذج الاسعاف السابقة للمريض إذا تمكن من إحضار بطاقة رقم الإسعاف السابق.

ط (تسجيل رقم الاسعاف السابق على السجل والرقم الحالي على السجل السابق.

ي (تثبيت خطاب التحويل والملف القديم على ظهر الملف الحالي.

ك (توجيه المريض لقسم الخدمة المعني وإرسال ملفه كذلك .

ل (يتم إرسال الحالات الخطيرة أو الحادة الإسعافية مباشرة إلى الطبيب العام بينما تتم إجراءات التسجيل في وقت لاحق أو في نفس الوقت بأخذ المعلومات من أقرباء المريض.

م (المرضى فاقدى الوعي:

- المرضى الذين يتم إحضارهم في حالة غيبوبة وفي حالة عدم وجود أقارب معهم يتم كتابة (مجهول) بدل الاسم كما يوضع "عدم وجود عنوان" في المكان الخاص بذلك ، هذا النوع من المرضى يتم تسجيلهم كحالات طب شرعي ويتم تعبئة كل النماذج تبعاً لذلك.
- يتم إضافة اسم وعنوان والمعلومات الأخرى في حالة توفرها من المريض أو أقاربه إن وجدوا.

4. إحضار ملف المريض القديم من قسم السجلات الطبية:

- أ (يتم سؤال المريض أو أقاربه عن الزيارة السابقة وفي حالة وجود رقم المستشفى يتم كتابة ملاحظة بذلك على استمارة طلب الملف.
- ب (في حالة عدم الحصول على رقم المستشفى من المريض أو أقاربه يتم البحث عن رقم المستشفى في قسم التسجيل المركزي.
- ج (إرسال استمارة طلب الملف إلى مكتبة السجلات الطبية للحصول على الملف وصور الأشعة.
- د (إرسال الملف وصور الأشعة إلى الطبيب العام في قسم الإسعاف.

5. تقارير الفحوصات التشخيصية:

- أ (مراجعة نماذج طلب الفحوصات للتأكد من وجود المعلومات التعريفية كاملة على كل نموذج خاصة الاسم ورقم المستشفى.
- ب (استلام تقارير الفحوصات الخاصة بمرضى الإسعاف وترتيبها بالطريقة الصحيحة .
- ج (تثبيت التقارير على بطاقة العلاج.
- د (إرسال تقارير المرضى الذين تقرر تحويلهم للعيادة الخارجية وإرسال تقارير المرضى الذين تقرر تنويمهم للقسم المعني.

6. مواعيد مرضى المتابعة:

- أ (إرسال المرضى الذين هم بحاجة إلى متابعة قسم التسجيل المركزي وقسم المواعيد لإعطائهم مواعيد أما في حالة المرضى الجدد فيتم فتح الملف أولاً ومن ثم يتم تحديد الموعد.

٧. تنويم المريض:

- (أ) استلام إذن الدخول وتحديد فيما إذا كانت الحالة جديدة أم قديمة.
- (ب) الحالات الجديدة: ترسل استمارة إذن الدخول لقسم التسجيل المركزي لإنشاء ملف للمريض.
- (ج) الحالات القديمة : إرسال استمارة طلب الملف إلى مكتبة السجلات في حالة عدم وجود ملف بالإسعاف.
- (د) عند استلام الملف القديم أو الجديد التأكد من أنه يخص المريض المعني.
- (هـ) إرسال الملف إلى مكتب الدخول بواسطة المراسل لإكمال معلومات الدخول وعلى المريض مصاحبة المراسل إلى مكتب الدخول .
- (و) تسجيل الدخول في سجل الإسعاف وكذلك في سجل العلاج بالإسعاف.
- (ز) التنويم خلال العطلات وفي غير أوقات الدوام الرسمي.:

- ١ . تتم إجراءات التنويم بواسطة قسم التسجيل بالإسعاف .
- ٢ . الحالات الجديدة : مطابقة المعلومات التعريفية بواسطة بطاقة فهرس المريض للتأكد من عدم وجود ملف سابق للمريض.
- ٣ . تسجيل المريض كحالة جديدة في حالة عدم وجود ملف سابق.
- ٤ . الحالات القديمة: إرسال استمارة طلب الملف إلى مكتبة السجلات الطبية إذا كان الملف غير موجود بالإسعاف.
- ٥ . عند استلام الملف يجب التأكد من أنه يخص المريض المعني.
- ٦ . تسجيل المريض بقسم التنويم بعد استكمال إجراءات الدخول.

٨. المرضى المتوفون في قسم الإسعاف:

- (أ) يجب التأكد من أن ملف الوحدة الخاص بالمريض أو سجل العلاج بالإسعاف يشتمل على كل المعلومات الخاصة بالوفاة.
- (ب) استلام نماذج التبليغ عن الوفاة بعد التأكد من اكتمال تعبئتها والتوقيع عليها بواسطة الطبيب لا تقل وظيفته عن أخصائي.

٩. حالات الطب الشرعي:

- (أ) يجب التأكد من أن النموذج المستخدم هو النموذج الخاص بالطب الشرعي.

- ب) يجب التأكد من تسجيل الحالة بالسجل المركزي كحالة طب شرعي.
- ج) يجب التأكد من وجود الختم الخاص بحالات الطب الشرعي على الملف.
- د) يجب إحاطة الشرطة باستعمال النموذج الخاص بذلك.
- هـ) يجب تجميع نماذج الطب الشرعي وترتيبها في مكان خاص.
- و) يجب التأكد من تطبيق الإجراءات الخاصة بحالات الطب الشرعي.

١٠. تجميع الإحصاءات:

- أ) يجب جمع الإحصاءات يومياً من قسم الإسعاف في النموذج الخاص بذلك.
- ب) يجب إرسال الإحصاءات اليومية لقسم الإحصاء مثل :
- عدد مراجعي الإسعاف، سعودي ، غير سعودي.
 - الجنس : ذكر ، أنثى ، طفل.
 - الحالات التي تم تحويلها للعيادات الخارجية.
 - الحالات التي تم تحويلها لمراكز الرعاية الصحية الأولية.
 - عدد حالات الطب الشرعي: حوادث، انتحار، قتل جنائي، حوادث حريق، حروق ٠٠ الخ

١١. حفظ الملفات:

- أ) جمع استمارات الإسعاف والطوارئ من الممرضة المسئولة بالقسم.
- ب) ترتيب استمارات الإسعاف والطوارئ بترقيم متسلسل ووضعها في المكان المخصص لذلك.

مكتب التنويم (الدخول)

١. تحضير نماذج الدخول الأساسية :

- أ) استمارة الدخول والخروج.
- ب) إقرارات طبية.
- ج) نموذج التاريخ المرضي والفحص السريري.
- د) نموذج ملاحظات التطور المرضي.
- هـ) نموذج أوامر الطبيب .
- و) نموذج ملاحظات التمريض .
- ز) نموذج الحرارة والضغط والنبض.
- ح) نموذج ملخص الخروج.

٢. تحضير نماذج خدمات التوليد:

- أ) تستخدم جميع النماذج المذكورة في الفقرة الأولى وتستبدل استمارة التاريخ المرضي والفحص السريري باستمارة الكشف على حالة ولادة واستبدال نموذج ملخص الخروج بنموذج ملخص خروج حالة ولادة .

٣. إجراءات الدخول :

- أ) استقبال المريض أو الأقارب وإحضار الملف الطبي وصور الأشعة إن وجدت والتأكد من وجود نموذج طلب الدخول كما يجب التأكد من صحة المعلومات
- ب) التأكد من وجود سرير شاغر في الوحدة التي سوف ينوم بها المريض وفي حالة وجود سرير يتم إكمال إجراءات الدخول .
- ج) إدخال نماذج الدخول الأساسية في الملف وإكمال نموذج طلب الدخول وإكمال البيانات التعريفية الشخصية.
- د) أخذ توقيع المريض أو من ينوب عنه على نموذج الإقرارات الطبية مع شرح سبب أخذ هذه الإقرارات باللغة العربية إن أمكن.
- هـ) تسجيل حالة الدخول في سجل الدخول .
- و) فصل صور طلب الدخول عن الأصل:

- الأصل يبقى في ملف المريض.
 - صورة ترسل إلى مكتبة السجلات الطبية
 - الصورة الثانية تبقى في مكتب الدخول.
- ز (مراجعة لوحة التحكم في الأسرة (في حالة عدم استعمال الحاسب الآلي) وإجراء التصحيحات اللازمة حسب موقف الدخول .
- ح (تسجيل معلومات الدخول في سجل الاستقبال ومن ثم ارسال المريض إلى قسمه المعنى مع المراسل.
- ط (التأكد من توقيع كاتب القسم باستقبال المريض - التوقيع في سجل الاستقبال .
- ي (في حالة عدم وجود سرير شاغر يتم الاتصال بممرضة القسم وإبلاغها عن سبب ا لدخول وفي حالة قبول المريض يتم استكمال إجراءات الدخول ، أما في حالة عدم قبول إدخال المريض يتم الآتي :
- ١ . يخطر المريض بمراجعة الطبيب إذا لم يتم إدخاله القسم.
 - ٢ . إعادة ملف المريض إلى العيادة المعنية به.

٤. دخول المرضى المباشر إلى الأقسام:

أ. الدخول المباشر مع الملف الطبي:

١. استلام ملف المريض والتأكد من اكتمال إجراءات الدخول.
٢. في حالة اكتمال الإجراءات يسجل ذلك في سجل الدخول وتستكمل باقي إجراءات الدخول.
٣. في حالة عدم اكتمال الإجراءات يرسل الملف إلى القسم مع تحديد المعلومات التي يجب استكمالها.

ب. الدخول المباشر بدون ملف طبي:

١. استلام نموذج طلب الدخول من القسم.
٢. إرسال طلب الحصول على ملف المريض من مكتبة السجلات الطبية.

٣. مراجعة المعلومات التعريفية الخاصة بالمريض وبقية إجراءات الدخول.
٤. إرسال الملف إلى القسم.

٥. الدخول من قسم الإسعاف:

- أ) استلام نموذج طلب الدخول وصورة من استمارة الإسعاف والطوارئ من قسم الإسعاف والطوارئ.
ب) إكمال إجراءات الدخول في حالة وجود ملف طبي للمريض.
ج) إرسال طلب الدخول إلى قسم التسجيل المركزي للتأكد من عدم وجود ملف قديم وإصدار ملف جديد في حالة عدم وجود ملف.
د) استلام الملف الطبي ومراجعة إجراءات الدخول في كلا الحالتين.
هـ) إكمال إجراءات الدخول فوراً لتجنب تأخير علاج المريض.
و) إرسال الملف الطبي إلى الوحدة مع مراسل.

٦. تحويل مكتب الدخول إلى قسم الإسعاف في العطل الرسمية وغير

أوقات الدوام:

- أ) أخذ سجل الدخول: النماذج والمتطلبات الأخرى لقسم التسجيل بالإسعاف بعد الثالثة والنصف عصراً - أو وفقاً لنظام العمل المتبع بالمستشفى.
ب) إكمال إجراءات الدخول كما هو متبع في الدخول من قسم الإسعاف.
ج) إرجاع سجل الدخول : النماذج إلخ إلى مكتب الدخول الساعة ٧:٢٠ صباحاً يومياً في غير أيام العطل.

٧. قائمة انتظار الدخول:

أ. من العيادات الخارجية:

- أ) استلام طلب الدخول من ثلاثة صور وملف المريض وصور الأشعة.
ب) التأكد من صحة المعلومات التعريفية الموجودة على ملف المريض.
ج) إجراء التعديلات اللازمة إذا كانت المعلومات غير صحيحة .
د) إعطاء موعد للدخول مع تحديد الوقت والتاريخ .
هـ) وضع نموذج طلب الدخول في صندوق قائمة الانتظار حسب التسلسل الزمني.

ب. من قسم الإسعاف والطوارئ:

١. استلام نموذج طلب الدخول من أصل وصورتين.
٢. التأكد من وجود ملف طبي.
٣. إرسال طلب الدخول لقسم التسجيل المركزي للتأكد من وجود ملف للمريض وفي حالة وجود الملف يكتب رقم المستشفى على طلب الدخول أما في حالة عدم وجود ملف سابق يتم تصنيف الحالة كحالة جديدة.
٤. إعطاء المريض موعداً للدخول مع تحديد الوقت والتاريخ كتابة.
٥. يتم وضع طلب الدخول في صندوق قائمة الانتظار.
٦. الحالات الجديدة: إرسال طلب الدخول لقسم التسجيل المركزي (قسم تسجيل المرضى الجدد) للحصول على الملف الطبي للمريض.
٧. الحالات القديمة: إرسال نموذج طلب الدخول مع معلومة تفيد بتاريخ دخول المريض للحصول على الملف وصور الأشعة من مكتبة السجلات.

ج. حفظ الملفات وصور الأشعة الخاصة بحالات الانتظار في مكتب الدخول.

١. تجميع الملفات وصور الأشعة قبل ثلاثة أيام من دخول المريض.
٢. ترتيب الملفات بطريقة منظمة تسهل عملية الحصول عليها عند حضور المريض.
٣. اتباع إجراءات الدخول المعروفة عند حضور المريض.
٤. الاتصال هاتفياً بالمرضى الذين لم يتمكنوا من الحضور.

٨. دخول الأطفال حديثي الولادة:

- أ) استلام نموذج طلب الدخول وسجل الأم ونموذج التبليغ عن الولادة من القسم.
- ب) إرسال نموذج طلب الدخول والسجلات الأخرى إلى قسم التسجيل المركزي لإكمال إجراءات التسجيل وإرسال الملف الطبي.
- ج) إكمال إجراءات الدخول مع كتابة رقم المستشفى الخاص بالطفل إلى جانب رقم المستشفى الخاص بالأم.

د (إرسال ملف الطفل والسجلات الأخرى إلى الوحدة والحصول على توقيع كاتب الوحدة بالاستلام.

٩. دخول حالات الطب الشرعي:

- أ (يجب وضع الختم الخاص بحالات الطب الشرعي على كل النماذج مع التوضيح كتابة أن الحالة التي تم دخولها حالة طب شرعي.
- ب (إخطار الطبيب المعالج بأن الحالة يشتبه في أن تكون حالة طب شرعي بالرغم من عدم تسجيلها في سجل حالات الطب الشرعي.

١٠. إصدار قائمة الدخول:

- أ (التأكد من تسجيل جميع حالات الدخول في قائمة الدخول يومياً (خلال ٢٤ ساعة).
- ب (إعداد قائمة الدخول من خمسة صور وإرسال صورة إلى كل من الأقسام التالية:
- ج (مكتبة السجلات الطبية - قسم الاستعلامات - قسم الإحصاء - قسم الحاسب الآلي - قسم المحاسبة.

١١. لوحة التحكم بالأسرة:

- أ (عرض وضع الأسرة في الأقسام المختلفة لمعرفة الأسرة الشاغرة والمشغولة.
- ب (الحصول على بيان بعدد الأسرة الشاغرة والمشغولة كل صباح وبناء على ذلك يتم تعديل لوحة التحكم بالأسرة.
- ج (الحصول على عدد الأسرة الشاغرة والمشغولة في كل وحدة مع تعديلها في كل مرة يتم فيها تنويم أحد المرضى.
- د (الاستفسار عن وضع الأسرة بالأقسام في حالة وجود أي تضارب في المعلومات

١٢. حالات الخروج:

- (أ) يتم استلام الملف الطبي الخاص بالمريض من الأقسام والتأكد من أن الملف يخص نفس المريض.
- (ب) التأكد من وجود تعليمات الخروج موقعه من الطبيب المعالج مع كتابة تاريخ الخروج على السجل الخاص بذلك.
- (ج) الحصول على توقيع ولي أمر المريض في النموذج الخاص بذلك مع توضيح صلة القرابة في ملف المريض والتوقيع على ذلك.
- (د) إرجاع الملف إلى القسم مع المراسل.

١٣. إصدار قائمة الخروج:

- (أ) يتم تسجيل كل حالات الخروج خلال (٢٤) ساعة بقائمة الخروج.
- (ب) إعداد قائمة الخروج من (٦) صور وإرسال صورة إلى كل من الأقسام التالية:

١. حفظ الملفات.
٢. الاستعلامات
٣. الإحصاء
٤. الحاسب الآلي.
٥. المحاسبة.
٦. وتبقى صورة في قسم الدخول.

١٤. الاحتفاظ بملفات المرضى المنومين وحالات الخروج بقسم الدخول:

- (أ) يتم ترتيب جميع نماذج طلبات الدخول للمرضى المنومين حسب التسلسل الأبجدي في ملف (المرضى المنومين) .
- (ب) فرز نماذج طلب الدخول لحالات الخروج من ملف المرضى المنومين وتسجيل تاريخ الخروج والنتيجة النهائية.
- (ج) يتم ترتيب طلبات الدخول لحالات الخروج بملف حالات الخروج حسب الحروف الأبجدية .

د (تحديث المعلومات في ملف حالات الخروج وملف المرضى المنومين حسب موقف الدخول والخروج.

ه (إزالة بطاقة الخروج من ملف حالات الخروج بعد أسبوع من تاريخ الخروج وإتلافها.

15. تبليغ إدارة المستشفى عن تنويم شخصية هامة.

يجب إبلاغ إدارة المستشفى وبصورة فورية في حالة تنويم أي شخصية هامة وكتابة مذكرة بذلك.

16. ممتلكات المريض:

أ (على المستشفى الاحتفاظ بممتلكات المريض في حالة عدم تسليم الممتلكات لأقارب المريض:

ب (إجراءات الدخول:

1. كتابة اسم المريض وممتلكاته في سجل ممتلكات المريض.
2. استكمال البيانات الخاصة بنموذج ممتلكات المريض وتسجيل كل ممتلكات المريض .
3. يجب أخذ توقيع المريض على نموذج ممتلكات المريض وذلك لاستعادة ممتلكاته بها عند الخروج.
4. وضع ممتلكات المريض داخل مظروف أو حقيبة مع كتابة اسم المريض والصاق نموذج ممتلكات المريض .
5. وضع المظروف أو الحقيبة داخل خزانة أو دولاب أمين مع تسجيل ذلك بسجل ممتلكات المريض.

ج. إجراءات الخروج:

1. استلام نموذج الممتلكات من المريض.
2. إدخال معلومات الخروج في سجل الممتلكات وتوقيع المريض أو من ينوب عنه على النموذج الخاص باستلام الممتلكات.
3. إعطاء الممتلكات للمريض أو من ينوب عنه.

د. الممتلكات غير المطالب بها:

1. يجب التأكد من الاحتفاظ بممتلكات المرضى لأكثر من شهر بعد خروجهم.
2. حصر الممتلكات وإعداد قائمة بذلك وإرسالها إلى إدارة المستشفى .

٣. تسليم الممتلكات غير المطالب بها شهرياً إلى إدارة المستشفى وأخذ توقيع بذلك على قائمة الممتلكات .

٤. تسليم صورة من قائمة الممتلكات إلى إدارة المستشفى والاحتفاظ بالأصل بقسم الدخول.

ملاحظة :- سجل ممتلكات المريض يحتوي على المعلومات التالية:-

الرقم المتسلسل ، رقم المستشفى ، اسم المريض، العمر، الجنس ، الجنسية، تاريخ الدخول، الوقت ، القسم ، معلومات عن الممتلكات ، رقم الخزانة أو الدولاب ، توقيع مستلم الممتلكات ، تاريخ الخروج ، توقيع المريض أو من ينوب عنه ، توقيع الموظف الذي قام بتسليم الممتلكات ، ملاحظات عامة.

أقسام المرضى (الأجنحة)

1. حالات الدخول:

أ. استقبال المرضى واستلام الملفات والصور الشعاعية والتأكد مما يلي:

١. مطابقة المعلومات التعريفية من المرضى أو أولياء أمورهم .

٢. التأكد من توقيع الطبيب على طلب الدخول .

٣. توقيع المريض أو ولي أمره على نماذج الإقرارات .

ب. التوقيع باستقبال المريض والملف في سجل الدخول.

ج. تسجيل معلومات الدخول في سجل الدخول مثل رقم المستشفى ،

اسم المريض العمر الخ.

د) ترتيب الملفات وصور الأشعة في المكان

المخصص لذلك لاستخدامها بواسطة

الأطباء وهيئة التمريض.

هـ. إذا كان المريض محولاً من قسم آخر يذكر ذلك في سجل الدخول مع

كتابة اسم الوحدة التي حول منها المريض.

ج) طلبات الفحوصات التشخيصية والتقارير الخاصة بها:

د) إدخال بيان طلب الفحوصات أمام أرقام الأسرة ويتم إرسال العينة إلى المعمل مع كتابة اسم العينة والتاريخ.

ه) التأكد من كل العينات والنماذج التي تحمل المعلومات التعريفية للمريض.

و) يجب التأكد من كتابة اسم المريض على قائمة الفحوصات قبل إرسال المرضى لإجراء أي فحوصات كالأشعة وتخطيط القلب.

ز) استلام نتائج الفحوصات وتدوين ذلك على سجل طلبات الفحوصات التشخيصية .

ح) يتم الصاق التقارير على ملفات المرضى بطريقة متسلسلة حسب الأسبقية الزمنية .

ط) تحفظ صور الأشعة في الغلاف الخاص بها (حافظ الأشعة) بطريقة متسلسلة كما يتم الصاق تخطيط القلب على النموذج الخاص بذلك.

ي) التقارير التي يتم استلامها بعد خروج المريض.

ك (تقارير الأشعة والمختبر التي يتم استلامها بعد خروج المريض يوضع عليها عبارة (تقارير متأخرة ثم خروج المريض في يوم....) وتحفظ ليتم تسليمها للموظف المسئول أثناء مروره على القسم.

ل (التقارير التي ترد بالخطأ لأحد الأقسام يتم إرسالها إلى الجهة التي صدرت منها (المختبر / الأشعة إلخ).

م (التقارير ذات الأرقام الخاطئة ترسل إلى الجهة التي صدرت عنها (المختبر / الأشعة.... إلخ).

1. النماذج:

أ (على كل قسم الاحتفاظ بما يكفي حاجته لمدة أسبوعين على الأقل من نماذج الملف الطبي.

ب (إعداد بيان بالنماذج التي يستخدمها القسم وتحديد الكمية المطلوبة من كل نموذج .

ج (الحصول على النماذج من مستودعات المستشفى أو قسم السجلات الطبية.

2. مواعيد مرضى المتابعة:

أ (الحصول على نموذج طلب المواعيد من الطبيب وإرساله إلى قسم التسجيل المركزي والمواعيد لتحديد وقت وتاريخ المقابلة التالية.

ب (في حالة تحديد الموعد بواسطة الطبيب يجب التأكد من ذلك عن طريق الاتصال بقسم مواعيد مرضى المتابعة.

ج (يتم إخطار المريض بتاريخ المقابلة ووحدة الخدمة مع تسجيل ذلك في البطاقة الخاصة بذلك.

3. التبليغ عن الأمراض المعدية:

يتم الحصول على النماذج الخاصة بالأمراض المعدية والتي تم التوقيع عليها بواسطة الطبيب المعالج والتأكد من صحة المعلومات الواردة فيها ومن ثم إرسالها إلى الجهات المختصة.

6. الإقرارات:

التأكد من أن جميع نماذج الإقرارات الخاصة بالمريض قد تم إضافتها إلى الملف.

7. موقف الأسرة:

- أ) الاحتفاظ بعدد الأسرة الشاغرة والمشغولة بناء على بيان الدخول والخروج.
- ب) إبلاغ مكتب الدخول وكذلك الأطباء وهيئة التمريض بالعيادة الخارجية بموقف الأسرة بصورة منتظمة وحسب الحاجة لذلك.

٨. الدخول المباشر:

- أ) في حالات الولادة والحالات الإسعافية يتم دخول المريض مباشرة دون مراجعة مكتب الدخول .
- ب) يجب كتابة المعلومات التعريفية على النموذج الخاص بذلك.
- ج) يجب التأكد من وجود طلب الدخول موقعاً عليه بواسطة الطبيب المعالج.
- د) يجب الحصول على توقيع المريض أو من ينوب عنه على نموذج الإقرارات الطبية.
- هـ) إرسال جميع النماذج المذكورة أعلاه إلى قسم الدخول وذلك لتسجيل الحالة كحالة دخول.
- و) استلام الملف والنماذج الخاصة بالدخول لاستكمال إجراءات الدخول.

٩. دخول الأطفال حديثي الولادة (الذين تمت ولادتهم

بالمستشفى):

أ. المواليد الأحياء:

١. الحصول على نموذج التبليغ عن ولادة وطلب دخول من الطبيب المعالج.
٢. إرسال النماذج السابقة إلى مكتب الدخول مع ملف الأم ليتم تسجيل الدخول.
٣. إتباع بقية إجراءات الدخول للحالات العادية.

ب. المواليد الأموات:

١. الحصول على نموذج التبليغ عن طفل ولد ميتاً
٢. حالات وفاة حديثي الولادة لا ترسل إلى مكتب الدخول.

١٠. دخول حالات الإسعاف والحالات الخطرة:

- أ) إخطار قسم علاقات المرضى بجميع الحالات الإسعافية والخطيرة مع التأكد من اكتمال المعلومات الخاصة بتلك الحالات.
- ب) إخطار قسم الإستعلامات عن تطور حالة المريض.

11. دخول حالات الطب الشرعي:

- أ) إخطار قسم التسجيل في الإسعاف بالحالات التي تم دخولها المستشفى عن طريق قسم الإسعاف كحالات عادية بينما هي في الأصل حالات طب شرعي.
- ب) إخطار مكتب الدخول بحالات الطب الشرعي التي تم إدخالها حديثاً مباشرة دون المرور بمكتب الدخول.

12. حالات الخروج:

أ. الحالات العامة:

1. الحصول على أمر الخروج موقفاً من الطبيب المعالج وكذلك نموذج إقرار الخروج موقفاً من ولي أمر المريض القاصر أو الإناث الكبار ووضعها في ملف المريض.
2. إخطار مكتب الدخول بخروج المريض كما يجب إخطار مكتب المحاسبة بذلك للحصول على براءة ذمة في حالة المرضى الذين يتلقون العلاج بأجر.
3. تدوين حالات الخروج في سجل حالات الخروج.
4. في حالة تحويل المريض إلى قسم آخر يجب تدوين ذلك في سجل الخروج مع تسمية القسم الذي حول إليه المريض.

ب. حالات الخروج ضد نصيحة الأطباء:

1. يجب التأكد من توقيع المريض على نموذج الإقرارات الطبية أو ولي أمره ووضع النموذج بملف المريض.
2. تدوين ذلك بسجل الخروج وكتابة عبارة (خروج ضد نصيحة الطبيب) في فقرة الملاحظات.

ج. حالات هروب المرضى:

1. يجب التأكد من تسجيل ساعة وتاريخ هروب المريض وتوقيع الطبيب المعالج وممرضة القسم المسئولة عن ذلك.
2. تسجيل الحالة في سجل حالات الخروج وكتابة (هروب) في فقرة الملاحظات.

د. حالات الوفاة:

١. التأكد من أن الطبيب الذي أعلن عن الوفاة قد قام بتسجيل الوفاة في نموذج التطور المرضي.
٢. يتم تسجيل تاريخ وساعة الوفاة في سجل هيئة التمريض .
٣. استكمال المعلومات الخاصة بأسباب الوفاة وذلك على ظهر النموذج الخاص بذلك .
٤. استلام شهادة التبليغ عن وفاة من الطبيب المعالج.
٥. إكمال إجراءات إرسال الجثمان للثلاجة حسب النموذج المعد لذلك مع التأكد من المعلومات التعريفية والصاقها بالجثمان .
٦. أخذ توقيع موظف ثلاجة الموتى الذي قام باستلام الجثة على النموذج الخاص بذلك .

١٤. قائمة العمليات:

التأكد من كتابة رقم المستشفى واسم المريض في قائمة العمليات بالطريقة الصحيحة.

١٥. لإحصاء اليومي بأقسام المرضى:

- أ) تحضير الإحصاء اليومي وتقارير الخروج في النموذج المحدد لذلك .
- ب) استعمال سجل الدخول والخروج للحصول على معلومات صحيحة يومياً عن حالات الخروج والدخول بما فيها حالات الوفاة والتحويل من وإلى الوحدة.
- ج) يحتفظ بكل ملفات المرضى المخرجين (وتشمل صورة الأشعة) وتقرير الإحصاء اليومي في المكان الخاص بذلك.

معالجة ملفات العيادة الخارجية

1. التحكم بالملفات الواردة

- أ. التأكد من أن جميع الملفات التي تم إرسالها للعيادات الخارجية قد تم استلامها وإجراء اللازم نحوها.
- ب. حصر السجلات التي لم يتم استلامها والعمل على جمعها.
- ج. ترتيب جميع الملفات ووضعها في المكان الخاص بذلك.

2. الفحوصات المخبرية:

- أ. استلام تقارير الفحوصات من جميع الأقسام - الأحياء الدقيقة - الكيمياء الحيوية.... الخ.
- ب. التأكد من أن جميع التقارير تحمل اسم المريض ورقم المستشفى.
- ج. لا تقبل أي تقارير لا تحمل اسم المريض أو رقم المستشفى.
- د. التوقيع باستلام نتائج الفحوصات.
- هـ. ترتيب التقارير الواردة من كل مختبر على حدة بطريقة تصاعدية.
- و. إدخال أرقام المستشفى الخاصة بالتقارير الواردة من كل قسم في - سجل التحكم في تقارير الفحوصات - بطريقة تصاعدية.
- ز. تجميع التقارير من كل الأقسام بما فيها الأشعة بطريقة تصاعدية.
- ح. وضع التقارير في الملفات على النحو التالي:
 1. فرز جميع النماذج التي تحمل أرقاماً متطابقة والتأكد فيما إذا كانت جميع هذه التقارير تخص مريضاً واحداً.
 2. إصاق جميع نتائج التقارير المخبرية في ملف المريض المعني وتقارير صور الأشعة.
 3. يتم إخراج الملف الخاص بالنماذج السابقة من دولاب الملفات.
 4. توضع التقارير في الملف حسب الأسبقية الزمنية.
 5. يتم تصنيف التقارير التي تحمل نفس رقم المستشفى وتتبع لمريض آخر تحت عنوان (أرقام خطأ).
 6. يتم ترتيب التقارير ذات الأرقام الخاطئة حسب الحروف الأبجدية لاسم المريض.
 7. يتم البحث عن الملفات في الأماكن المناسبة ليتم إضافة التقارير إليها (مثلاً في المكان المخصص للملفات التي يتم إكمالها بواسطة الأطباء).

٨. المرضى الذين أرسلت ملفاتهم للعلاج في العيادات الخارجية أو الأقسام الأخرى تحفظ تقاريرهم في صندوق بطاقة المتابعة.
٩. في حالة عدم وجود ملف أو بطاقة متابعة يتم تحضير بطاقة جديدة تحمل رقم المستشفى ويتم إدخال كل التقارير فيها.
١٠. يتم إضافة التقارير التي تم إدخالها في بطاقة المتابعة إلى الملف في حالة استلامه.
١١. التأكد من أن اسم المريض ورقم المستشفى في كل من الملف والبطاقة.
١٢. التقارير التي تم إضافتها للسجل عن طريق الخطأ يجب وضعها في السجل الصحيح.
١٣. التأكد من وضع التقارير بالطريقة الصحيحة في الملف بحيث لا تبرز من الملف.
١٤. التقارير التي لم يتم إضافتها للملفات توضع في مكان خاص بها.

٣. التجميع وفحص النواقص:

- أ. التأكد من أن جميع النماذج في الغلاف الخاص بالعيادة الخارجية تحمل المعلومات التعريفية خاصة الاسم ورقم المستشفى وفي حالة عدم وجود مثل تلك المعلومات يجب إضافتها في كل النماذج.
- ب. يجب التأكد من استعمال النماذج المحددة لهذا الغرض فقط.
- ج. التأكد من استغلال النماذج للحد الأقصى وعدم ترك فراغات.
- د. التأكد من أن النماذج قد تم ترتيبها في الغلاف حسب الطريقة المعروفة.
- هـ. التأكد من أن جميع تقارير الفحوصات المطلوبة قد تم وضعها في الملف.
- و. التقارير الناقصة تتم متابعتها والعثور عليها ووضعها في الملف.
- ز. التأكد من كتابة التشخيص بواسطة الطبيب المعالج.
- ح. عمل الترتيبات اللازمة لإضافة المعلومات الناقصة في أي ملف.
- ط. يتم إرجاع الملفات المكتملة إلى مكتبة السجلات الطبية.

٤. الفهرسة والترميز:

- أ. استلام الملفات من وحدة التجميع وفحص النواقص.
- ب. ترميز الملفات حسب الترميز الدولي للأمراض والعمليات.
- ج. فهرسة الحالات المرضية التي تم تشخيصها على بطاقة فهرسة الأمراض.
- د. تعبئة كل الأعمدة المصممة في الفهرسة بالمعلومات المطلوبة.
- هـ. المرضى الذين يعانون من أكثر من مرض واحد يوضح ذلك في بطاقة الفهرسة المقابل.

- و. توضع علامة (X) أمام التشخيص الثانوي في عمود الملاحظات.
- ز. التأكد من إدخال رقم المستشفى الصحيح بصورة واضحة.
- ح. قبل إدخال اسم المريض يجب نسخ التشخيص ، رقم الترميز، رقم البطاقة والسنة على بطاقة الفهرسة.
- ط. فهرسة الحالات الجراحية في بطاقة ترميز العمليات.
- ي. التأكد من أن جميع الملفات قد تم ترميزها وفهرستها.
- ك. إرسال الملفات لوحدة التحكم في السجلات المكتملة بالعيادات الخارجية.

5. وحدة التحكم في الملفات المكتملة:

- أ. استلام الملفات التي تم ترميزها وفهرستها من قسم الفهرسة والترميز.
- ب. مراجعة جميع الملفات غير المكتملة .
- ج. يتم إرجاع الملفات غير المكتملة للوحدة المختصة ليتم استكمالها.
- د. إرسال الملفات المكتملة لقسم الملفات.

معالجة ملفات المرضى المنومين

١. الإحصاءات اليومية للوحدات:

أ. قبل المرور على الأقسام لجمع إحصاءات الخروج اليومية يجب التأكد من الحصول على المستندات التالية:

١. قائمة الدخول لليوم السابق من مكتب الدخول .
 ٢. تقارير الإحصاء اليومية لكل الأقسام وذلك من قسم الإحصاء.
 ٣. سجل المتأخرات (الملفات التي لم يتم تسليمها لأي سبب).
 ٤. سجل تقارير الفحوصات المتأخرة.
- ب. المرور على الوحدات مع كافة المستندات المذكورة أعلاه .
- ج. إرسال تقارير الإحصاء اليومي للوحدات وملفات المرضى الذين تم خروجهم من المستشفى وتشمل صور الأشعة ووضعها على طاولة خاصة.
- د. مراجعة الإحصاء اليومي للتقارير بدقة للتأكد من صحة وتطابق المعلومات الواردة فيه وفي حالة عدم تطابق المعلومات تخطر ممرضة الوحدة أو الموظف بذلك.
- هـ. مراجعة ملفات صور الأشعة لحالات الخروج الأحياء والاموات للتأكد من تطابقها مع بيان إحصاءات الوحدة اليومي.
- و. جمع التوقيعات من ممرضات الأقسام قبالة أسماء المرضى في تقرير الإحصاء اليومي وإدخال عدد الملفات المتأخرة في النموذج الخاص بذلك.
- ز. جمع سجلات المرضى المتأخرة والذين تم خروجهم من المستشفى ولم تستلم ملفاتهم مع كتابة ملاحظة بذلك في دفتر الملفات المتأخرة كإشارة إلى أنه تم استلام تلك الملفات.
- ح. جمع تقارير تلك الفحوصات التي تم استلامها بعد خروج المريض في سجل التقارير المخبرية المتأخرة.
- ط. تسليم تقارير الإحصاء اليومي ، ملفات المرضى، تقارير الأشعة، تقارير الفحوصات المتأخرة لموظف تحليل الخروج بقسم الإحصاء.

٢. تحليل الخروج:

- أ. جمع التقارير الإحصائية اليومية لحالات الخروج وتشمل تقارير الأشعة من موظف الإحصاء .
- ب. التأكد من أن التقارير السابقة مكتملة العدد .
- ج. إبلاغ الجهة المختصة في حالة وجود أخطاء أو عدم تطابق في المعلومات .
- د. جمع إحصاء المرضى الذين تم خروجهم في النموذج الخاص بذلك .
- هـ. إرجاع الملفات وتقارير الأشعة وكشف التقارير والملفات المتأخرة لمكتبة السجلات الطبية .
- و. جمع التقارير الإحصائية الشهرية من جميع أقسام المستشفى في النموذج الخاص بذلك .
- ز. التأكد من اكتمال وصحة التقارير والتبليغ في حالة وجود أي أخطاء .
- ح. جمع التقارير اليومية في نموذج التقارير الشهرية والأخيرة في نموذج التقرير السنوي وإرسالها للجهات المختصة .
- ط. كتابة التوضيحات والملاحظات عن كل تقرير في حالة الحاجة لذلك .

٣. مراجعة وتجميع الملفات:

- أ. استلام تقرير الإحصاء اليومي من كل الوحدات وكشف التقارير والسجلات المتأخرة من موظف تحليل الخروج .
- ب. استلام قائمة الخروج اليومي من موظف الدخول .
- ج. مطابقة الملفات مع قائمة الخروج وتبليغ الموظف المختص في حالة وجود أي أخطاء .
- د. استلام الملفات المتأخرة مع شطبها من قائمة الملفات المتأخرة .
- هـ. تسليم تقارير الفحوصات المتأخرة للموظف المسئول عن التحكم في الملفات الناقصة .
- و. إرسال صور الأشعة لموظف الملفات بالأشعة .
- ز. ترتيب الملفات تصاعدياً .
- ح. إصاق كشف نواقص مع كل سجل مع كتابة اسم المريض ورقم المستشفى واسم الطبيب المعالج .
- ط. إرسال الملفات التي تم تجميعها إلى قسم التحكم في الملفات الناقصة .

- ي. مراجعة كشف الملفات الناقصة وإزالة الملفات التي تم استلامها من الكشف.
- ك. إخطار المشرف على الملفات في حالة تأخر استلام الملفات من الوحدات أو قسم الإحصاء في موعدها المحدد.

4. التحكم بالملفات الناقصة.

- أ. استلام ملفات المرضى الذين تم خروجهم والتقارير المخبرية من قسم المراجعة والتجميع.
- ب. مطابقة اسم المريض ورقم المستشفى واسم الطبيب المعالج مع كشف النواقص الملحق مع كل سجل .
- ج. إصاق تقارير المختبر التي يتم إضافتها للملفات المقابلة بكل ملف.
- د. التأكد من وجود كل التقارير في الملف (ملخص الدخول والخروج ، تاريخ مراجعة كل ملف بدقة ووضع علامة - على كل النواقص في كشف النواقص).
- هـ. فرز الملفات وتجميعها بطريقة تصاعديّة حسب اسم الطبيب المعالج في دولاّب الملفات الناقصة الخاصة بكل طبيب.
- و. الاتفاق مع رؤساء الأقسام لتحديد يوم أسبوعياً لمراجعة ملفات المرضى الذين تم خروجهم (الجدول).

جدول يوضح مواعيد حضور أطباء الأقسام المختلفة لقسم السجلات الطبية

(غرفة الاجتماعات) لاكمال نواقص الملفات

٣,٠٠	٢,٠٠	١,٠٠	١١,٣٠	١٠,٣٠	٩,٣٠	٨,٣٠	٧,٣٠	
٤,٠٠	٣,٠٠	٢,٠٠	١٢,٣٠	١١,٣٠	١٠,٣٠	٩,٣٠	٨,٣٠	
								السبت
								الأحد
								الاثنين
								الثلاثاء
								الاربعاء

								الخميس
--	--	--	--	--	--	--	--	--------

- ز. إعداد الملفات الناقصة وتجهيزها قبل موعد اجتماع رئيس القسم المعني لإكمال النواقص.
- ح. الاستفسار من الأطباء في حالة وجود شكوك حول المعلومات الواردة في الملفات والإجابة على استفسارات الأطباء الخاصة بالسجلات.
- ط. حصر السجلات التي لم تكتمل بواسطة الأطباء نتيجة تأخر بعض التقارير وعمل الترتيبات الناقصة.
- ي. التأكد من وجود التشخيص النهائي وأي أمراض أخرى مسجلة في ملف المريض كذلك التأكد من تسجيل أي عمليات جراحية وتاريخ إجرائها إن وجدت.
- ك. مراجعة الملفات مرة أخرى وإخطار الأطباء لإكمال أي نقص ثم التأكد من توقيع الشخص المسئول على الملفات المكتملة.
- ل. توضع علامة (x) قبالة الملفات غير المكتملة في سجل التحكم في السجلات غير المكتملة.
- م. تسليم الملفات لوحدة الفهرسة وأخذ توقيع بالاستلام من الشخص المسئول.

4. الترميز والفهرسة:

- أ. استلام الملفات غير المكتملة من قسم التحكم بالملفات غير المكتملة والتوقيع بالاستلام.
- ب. يتم ترميز الملفات حسب الترميز الدولي للأمراض.
- ج. فهرست الحالات التي تم تشخيصها في بطاقة فهرست الأمراض .
- د. تعبئة كل الأعمدة في بطاقة الفهرسة بالمعلومات الصحيحة.
- هـ. يجب التأشير في بطاقة الفهرسة على المرضى الذين يعانون من أكثر من مرض.
- و. يجب وضع علامة (X) لأي تشخيص ثانوي.
- ز. يجب كتابة رقم المستشفى بطريقة صحيحة وواضحة.
- ح. يجب طباعة اسم المريض ، رقم الترميز ، رقم البطاقة ، والسنة على بطاقة الفهرسة قبل إدخال اسم المريض.
- ط. يجب كتابة البطاقة بقلم رصاص ويستعمل الحبر الأزرق لكتابة أسماء المرضى الذين تم خروجهم أحياء.
- ي. تسجيل أسماء الوفيات بالحبر الأحمر .
- ك. وضع علامة (x) قبالة رقم الترميز عندما يتم إدخاله في بطاقة الفهرسة .

- ل. يتم فهرسة العمليات في بطاقة العمليات.
- م. اتباع التعليمات السابقة من ٤- ١١ .
- ن. يتم فهرست سجل إجراء العمليات حسب الجراح المختص.
- س. يتم طباعة اسم الجراح، السنة ، رقم البطاقة ، في أعلى فهرسة الطبيب.
- ع. التأكد من ترميز وفهرسة جميع الملفات .
- ف. وضع علامة (×) قبالة الرقم الصحيح في سجل الترميز والفهرسة.
- ص. تسجيل السجلات التي تمت فهرستها وترميزها لقسم التحكم في الملفات المكتملة ثم أخذ التوقيع على ذلك.

٥. التحكم بالملفات المكتملة:

- أ. استلام الملفات التي تمت فهرستها وترميزها من وحدة الفهرسة والترميز والتوقيع على ذلك.
- ب. إضافة ورقة المراجعة على كل ملف.
- ج. يجب التأكد من اكتمال ملفات حالات الخروج ومراجعة نماذج الملف من قبل الجهات ذات العلاقة.
- د. يجب التأكد من أن جميع الملفات قد تم فحصها من قبل الوحدات التالية: (وحدة التجميع والمراجعة ، وحدة تحليل الخروج، وحدة التحكم بالسجلات الناقصة ، وحدة الترميز والفهرسة).
- هـ. إرجاع الملفات إلى الأقسام في حالة وجود أي نواقص لاستكمالها .
- و. استلام الملفات من الأقسام بعد استكمالها .
- ز. التوقيع على ورقة المراجعة المرفقة عند استكمال عملية المراجعة.
- ح. وضع علامة (×) قبالة الملف في دفتر التحكم في الملفات المكتملة.
- ط. تسليم الملفات لموظف الملفات لوضعها في كابينة الملفات الرئيسية.

حفظ واستعادة ملفات المرضى وصور الأشعة

١. حفظ الملفات :

- أ. استلام الملفات المراد حفظها من جميع الأقسام ووضعها في مكان معين لذلك .
- ب. التأكد من أن الملفات التي تم استلامها يراد حفظها وخلاف ذلك يتم إرجاعها إلى القسم المعني.
- ج. ترتيب الملفات بترتيب تصاعدي.
- د. مطابقة الملفات التي تم استلامها مع بطاقة الدليل ، كشف المواعيد واستمارة الملفات للتأكد من أن جميع الملفات قد أعيدت.
- هـ. تحديد أسماء وأرقام المرضى الذين تم استلام ملفاتهم وإسقاطها من بطاقة الدليل ، كشف المواعيد واستمارة طلب الملفات.
- و. إدخال رقم المستشفى للملفات التي تم استلامها بذات التسلسل التصاعدي في سجل التحكم في استمارة الملفات.
- ز. تسجيل اسم الشخص الذي قام بإدخال رقم المستشفى في سجل التحكم.
- ح. تحفظ الملفات بتسلسل تصاعدي ابتداءً من الرقم (١٠٠).
- ط. مطابقة اسم المريض ورقمه مع بطاقة الدليل وفي حالة تماثلها تبدأ عملية الحفظ ثم تنزع بطاقة الدليل.
- ي. مراجعة ملفات بطاقة الدليل للتأكد من أن البطاقة التي انتزعت هي البطاقة المعنية.
- ك. مراجعة صندوق بطاقة الدليل وفي حالة وجود أي تقارير مخبرية ينتزع ملف المريض وتوضع التقارير في مكانها الصحيح من الملف إذا كانت تخص ذلك الملف.
- ل. يتم حفظ الملفات بواسطة الشخص المسئول فقط.
- م. في حالة وجود أي ملف في المكان غير المناسب يتم تصحيح الوضع ويتم إخطار المشرف على القسم.
- ن. مراجعة كل الملفات للتأكد من تطابق رقم المستشفى الموجود على الغلاف مع الرقم داخل الغلاف .

- س. اتخاذ الإجراء الصحيح في حالة عدم التطابق ويحفظ الملف في المكان الصحيح ويتم إخطار المشرف على القسم.
- ع. مطابقة المعلومات التعريفية على الملف والسجل وفي حالة تطابق أرقام المستشفى مع اختلاف الاسم يتم تصحيح ذلك ويحفظ الملف في المكان الصحيح مع إخطار المشرف على القسم.
- ف. يتم التفريق بين الملفات التي تحصل على نفس رقم المستشفى وذلك بإضافة الأحرف (أ) و (ب) إلى رقم المستشفى .
- ص. المحافظة على النظام والنظافة في أماكن حفظ الملفات وعدم ترك أي نماذج بارزة من الغلاف ووضع الترتيبات اللازمة لتحريك الملفات القديمة لضمان عدم ازدحام الملفات في أماكن الحفظ.

٣. صور الأشعة :

- أ. استلام صور الأشعة من العيادة الخارجية والعنابر وقسم الأشعة وغيره ووضعها في مكان معين لهذا الغرض.
- ب. ترتيبها بصورة تصاعدية .
- ج. إدخال أرقام المستشفى في سجل التحكم في صور الأشعة بنفس الطريقة التصاعدية .
- د. وضع صور الأشعة بطريقة جيدة في رفوف الحفظ.
- هـ. إدخال بطاقة دليل صور الأشعة وإكمال الإجراءات كما هو بالنسبة للملفات.

٤. استعادة الملفات:

- أ. استلام استمارة طلب الملفات من كل المصادر.
- ب. التأكد من أن الاستمارة موقع عليها من الشخص المسئول.
- ج. تحضير بطاقة دليل الملف المراد استعادته.
- د. إدخال رقم المستشفى والمعلومات الأخرى في بطاقة الدليل .
- هـ. ترتيب جميع بطاقات الدليل تصاعدية أو حسب كشف العيادة.
- و. نقل بطاقات الدليل وكشف العيادة إلى دواليب الحفظ.
- ز. يبدأ أولاً بالدواليب ذو الأرقام المبتدئة.

ح. البحث عن رقم الملف المراد استرجاعه (مثلاً الرقم ١٢٠٠١) واسم المريض (يوسف) عندها يبحث أولاً عن الملف بين الرقم (١١٩ و ١٢١) عن الرقم ٠١ في نظام الترقيم بالأرقام الطرفية.

ط. إذا وجد الملف الذي يحمل ذلك الرقم والاسم يتم القيام بانتزاعه ومراجعة المعلومات مع بطاقة الدليل . وفي حالة تطابقها يتم حفظ بطاقة الدليل في مكان الملف الذي تم انتزاعه مع وضع علامة

() قبالة اسم المريض في الكشف بما يدل على استرجاع الملف.

ي. في حالة عدم وجود ملف رغم وجود بطاقة دليل معرفة مكان الملف يجب أخذ المعلومات كاملة من الدليل لتحديد مكان الملف.

ك. الملفات الموجودة في أماكن غير أماكنها يتم أخذ الملف وتحديد المعلومات التعريفية ومطابقتها مع بطاقة الدليل في المكان الصحيح في حالة تطابق المعلومات.

ل. في حالة عدم وجود الملف وبطاقة الدليل يتم توضيح ذلك قبالة الاسم بالقائمة وكذلك في قائمة الملفات المفقودة قبل الإدخال ويستحسن البحث في أرقام الملفات السابقة والتي تلي الملف وإذا سمح الوقت يستحسن البحث في الرفوف التي تلي وتسبق الرقم المعني.

م. يتم الاحتفاظ بالملفات التي تم استعادتها على طاولة خاصة مع إعداد قائمة بها.

ن. تحديد البطاقات ذات الملفات الموجودة:

- مراجعة استمارة طلب الملفات لتحديد الملفات المفقودة.
- إخطار القسم الذي قام باستلام الملف حتى يتم إرجاعه وفي هذه الحالة توضع بطاقة الدليل في المكان الصحيح بالملف.
- مراجعة الملف في القسم للتأكد من أنه تم الاستلام.
- مراجعة سجل التحكم في الملفات للتأكد من استلام الملف بواسطة قسم السجلات.

٥. السجلات التي تم استلامها بواسطة قسم السجلات ولكننا لا

توجد في منطقة الحفظ:

أ. مراجعة سجل التحكم باستلام السجلات الطبية للتأكد من أن الملف المعني قد تم استلامه بواسطة قسم السجلات الطبية.

ب. التأكد من أن السجل لم يتم إصداره أو لم يتم إرساله خارج قسم السجلات الطبية .

ج. مراجعة الملفات التي لم يتم حفظها .

د. مراجعة كشف المواعيد وكشف الدخول للتأكد من أن الملف لم يتم إرساله خارج قسم السجلات الطبية.

ه. مراجعة الملفات المحفوظة للتأكد من أن الملف لم يتم حفظه في مكان خاطئ.

٦. إصدار الملفات:

أ. إدخال اسم المريض ورقم المستشفى في سجل التحكم بالملفات.

ب. أخذ توقيع مستلم الملف على استمارة

ج. طلب الملف ثم تحفظ الاستمارة في مكان خاص.

د. تسليم الملف للموظف المسئول.

٧. تزويد الملفات للأغراض الطبية:

أ. استلام قائمة المواعيد.

ب. إعداد بطاقة دليل كل ملف واتباع الاجراءات كما هو مبين أعلاه.

ج. حفظ نسخة من الكشف في قسم السجلات الطبية.

د. الحصول على توقيع كاتب العيادة على كل الملفات التي تم استلامها.

٨. تزويد الملفات للأغراض غير الطبية.

أ. إعداد بطاقة الدليل للصور التي يراد أخذها من الغلاف.

ب. ترتيب بطاقات الدليل تصاعدياً .

ج. تسترجع صور الأشعة من الرقم الأدنى.

د. مطابقة المعلومات التعريفية على بطاقة الدليل مع غلاف الأشعة وفي حالة التطابق تدخل بطاقة الدليل وينزع غلاف الأشعة.

ه. في حالة وجود بطاقة الدليل وعدم وجود صور الأشعة:

١. إدخال المعلومات الآتية في بطاقة الدليل مثل (أين ، متى ، ولمن أرسلت الصور).

٢. لا تنزع بطاقة الدليل القديم من الملف.

٣. تجمع صور الأشعة وفق الإجراءات التي استخدمت في تجميع الملفات الطبية.

و. في حالة عدم وجود بطاقة الدليل وصور الأشعة:

١. مراجعة سجل صور الأشعة الصادرة للتأكد من عدم إرسال الصورة لجهة أخرى.

- ٢ .مراجعة أماكن حفظ الصور للتأكد من أن الصور لم تحفظ في مكان خاطئ.
- ٣ .متابعة الإجراءات كما في حالة الملفات الطبية إذا لم يتم الحصول على الصور.

٨. في حالة وجود حافظتي اشعة أو أكثر لمريض واحد:

- أ. تجمع حواظف الأشعة المتعددة وذلك بتدبيسها مع بعضها مع وضع الحافظة الأخيرة في المقدمة.

٩. استرجاع تقارير الفحوصات:

- أ. مراجعة الملفات للتأكد من أن التقارير قد وضعت في الملف.
- ب. في حالة عدم وجود التقارير بالملف يجب مراجعة أماكن حفظ التقارير للتأكد من وجودها هناك.
- ج. في حالة وجود التقارير يتم وضعها في الملف.
- د. مراجعة التقارير التي تحمل أرقام مستشفى خاطئة أو التي بدون أرقام.
- هـ. مراجعة سجل استلام تقارير الفحوصات للتأكد من أن التقارير المعنية قد استلمت.
- و. التقارير التي تم استلامها في قسم السجلات الطبية ولم يتم العثور عليها في ملف المريض أو التقارير ذات الأرقام الخطأ أو التي بدون أرقام.
- ز. مراجعة التقارير التي تم وضعها بالخطأ.

مكتبة السجلات الطبية

1. حفظ السجلات الطبية:

- أ. جمع السجلات والملفات وبطاقات الفهرسة القديمة من جميع أقسام المستشفى وتصنيفها حسب الأرقام .
- ب. تجديد رقم سجل الملفات القديمة.
- ج. حفظ الملفات القديمة في مكان محدد لهذا الغرض والتخلص منها حسب الجدول الزمني الخاص بحفظ السجلات الطبية.
- د. تسجيل الملفات التي تم التخلص منها في السجل الخاص بذلك.
- هـ. الإحتفاظ بكشف للسجلات التي تم تصويرها بالميكروفيلم.

2. حماية السجلات الطبية:

- أ. حماية كل المستندات وتشمل الملفات والبطاقات والسجلات من الحشرات والماء والرطوبة .
- ب. حفظ السجلات من التعرض للجو الحار والجاف وبعيداً عن الغبار.
- ج. اتخاذ الإجراءات الوقائية بمنع التدخين واستعمال الولاعات وغيرها كما يمنع وجود المواد الكيماوية والقابلة للاشتعال.
- د. توفير طفايات الحريق ووضعها في الأماكن المناسبة لهذا الغرض.
- هـ. تغطية الشبائيك ومنافذ التهوية بشبك حديدي لمنع العبث والتزوير.
- و. تنظيم درجة الحرارة والرطوبة ما بين (٢٢ - ٢٥) درجة مئوية.
- ز. تفادي تمزق أو إتلاف السجلات الطبية أو ضياعها أثناء التداول.

3. حفظ الملفات بطريقة التصوير المصغر:

- أ. تصور الملفات والبطاقات وغيرها حسب المعايير والضوابط المحددة لذلك.
- ب. اتباع التعليمات والتوجيهات الخاصة بعملية التصوير المصغر.
- ج. إدخال المعلومات التعريفية عن السجلات التي تم تصويرها في سجل رقم المستشفى .
- د. استخدام اللون الأسود في حالات الوفيات ، اللون الأخضر لحالات الدخول، اللون الأصفر لحالات العيادات الخارجية، واللون الوردي لحالات الطب الشرعي.

رسوم توضيحية

سجل التحكم في أرقام المستشفى / الإسعاف والطوارئ:

الرقم النهائي للمستشفى/الإسعاف	الرقم الابتدائي للمستشفى/الإسعاف
اسم مستلم الأرقام	تاريخ استلام الأرقام
توقيع موظف السجلات الطبية	توقيع مستلم الأرقام

سجل التحكم في أرقام المرضى الجدد

اسم مستلم الأرقام	رقم المستشفى	التاريخ
التوقيع	الابتدائي والنهائي	اسم مستلم الأرقام
ملاحظات		التوقيع:

سجل ملفات المرضى المزدوجة (بدل فاقد)

الرقم المتسلسل / رقم المستشفى / اسم المريض / الجنس / العمر / الخدمة / سبب عدم العثور على الملف / اسم من قام بإعداد الملف بدل فاقد / توقيعه / توقيع رئيس قسم السجلات الطبية / تاريخ إعداد الملف بدل فاقد / تاريخ إلغائه / اسم من قام بإلغاء الملف وتوقيعه / مكان العثور على الملف السابق / توقيع رئيس قسم السجلات الطبية.

إبصال استلام الملفات

نوعية الخدمة	مريض جديد	مريض قديم	الجهة الكلية	نوع القسم
خدمات الطبية				
خدمات أخرى				
المجموع				

الترميز اللوني

٠. أزرق ملكي ١. اصفر ٢. أزرق فاتح ٣. أخضر. ٤. رمادي
٥. أحمر
٦. أبيض ٧. برتقالي ٨. أسود. ٩. بني

سجل الإلغاء لأرقام المستشفى

الرقم المتسلسل / اسم المريض / رقم المستشفى السابق / رقم المستشفى
الحالي
/ اسم الموظف الذي قام بالإلغاء / التوقيع.

سجل التحكم في بطاقة فمرسنة المرضى الرئيسية

اسم المستلم	أرقام المستشفى الابتدائية والنهائية	التاريخ
التوقيع		
ملاحظات		

تجميع النماذج داخل الملف الطبي

يتم تنظيم النماذج داخل الملف الطبي كما يلي:

المقسامات:

- أ. العيادات الخارجية.
- ب. المكاتبات.
- ج. الفحوصات المخبرية والتشخيصية.
- د. الأقسام الداخلية.

أ. العيادات الخارجية.

يحتوي ملف العيادات الخارجية على النماذج التالية وتوضع داخل الملف حسب الترتيب التالي:

استمارة العيادات الخارجية (٣) استمارة المتابعة بالعيادات الخارجية .

ب. المكاتبات:

وتشمل :

خطابات التحويل / نموذج تحويل / استمارة الإسعاف والطوارئ / نموذج طلب دخول /
نموذج استشارة طبية / نموذج إقرارات طبية / قائمة المراجعين قبل العملية / نموذج
التبليغ عن طفل ولد ميتاً / نموذج التبليغ عن ولادة / تقرير الإسعاف والطوارئ / نموذج
تقرير طبي / نموذج مكافحة العدوى ..