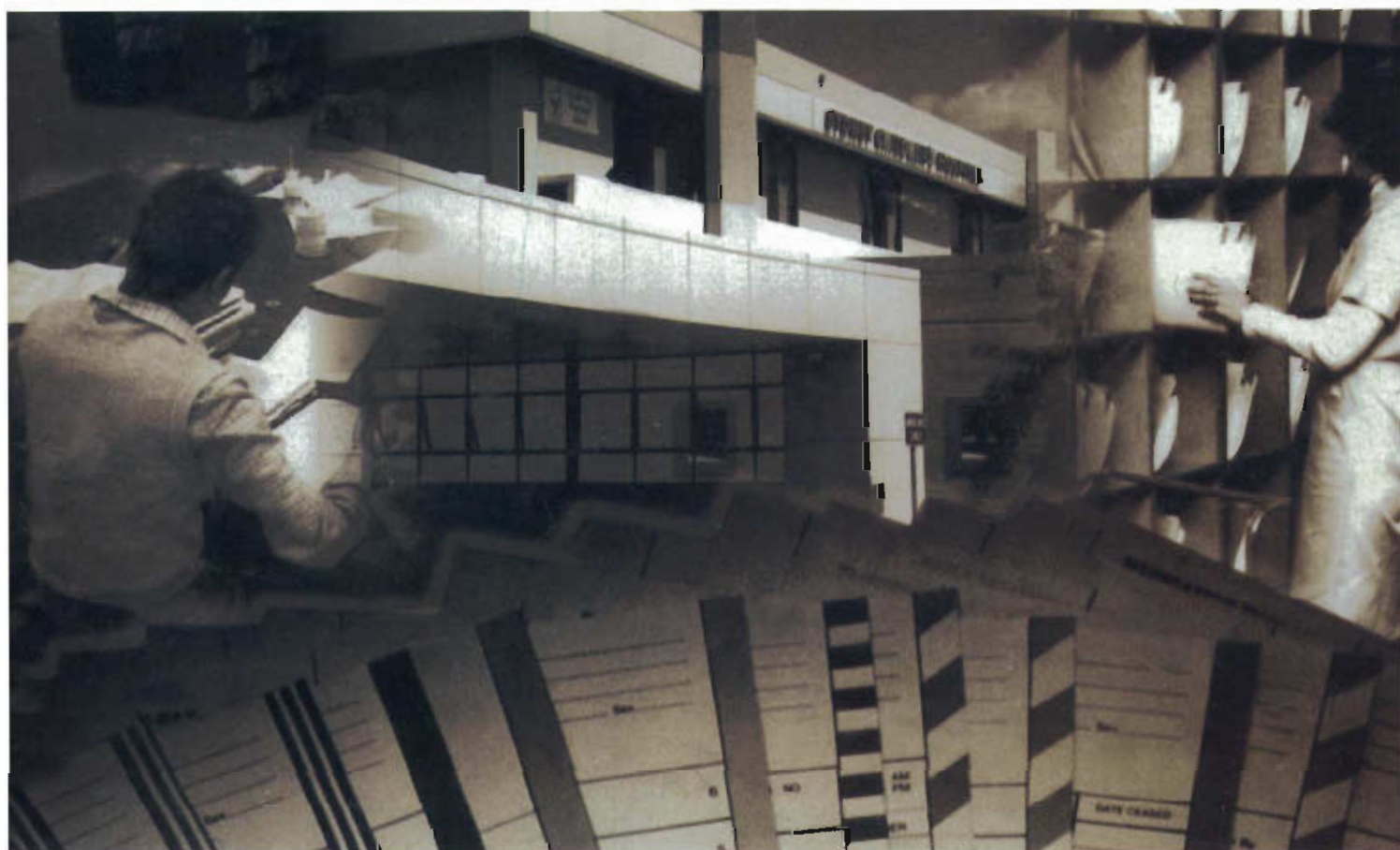


# دليل العاملين في السجلات

الطبية في البلدان النامية



منظمة الصحة العالمية

# دليل العاملين في السجلات الطبية في البلدان النامية



صدرت الطبعة العربية عن  
**منظمة الصحة العالمية**  
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

صدرت الطبعة الإنكليزية عن  
**منظمة الصحة العالمية**  
المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادى

2005



# المحتويات

## لائحة الموجودات :

### ١- المدخل :

الهدف من هذا الدليل الإرشادي.  
الأغراض  
الدعم الوطني والدولي  
تغير الأسماء والتعاريف

### ٢- قسم السجلات الطبية

دعم قسم السجلات الطبية والفريق الخاص به.  
وظائف قسم السجلات الطبية.

### ٣- السجل الطبي

أشكال السجل الطبي  
المشيك أو المثبت.  
مقسمات السجل الطبي  
حافظة ( مصنف ) السجل الطبي.  
المسؤولية المتعلقة بالسجلات الطبية.  
المواضيع الطبية القانونية.

### ٤- تعريف المريض وإعطاؤه رقماً خاصاً

تعريف المريض الداخلي  
نظام ترقيم السجل الطبي  
سجل الأرقام  
معلومات إضافية هامة حول ترقيم المرضى  
سجل القبول  
لائحة القبول اليومي  
صفحة الملخص أو الصفحة الأمامية

### ٥- تقدم الإجراءات وتطورها

كتابة الإجراءات

### ٦- الإجراءات الأساسية في السجل الطبي

الدليل الرئيسي للمريض  
إجراءات تخريج المريض من المستشفى.  
التخريج المرمز ( الكودي )

إجراءات تعبئة الاستمارات ووضعها في مكانها المناسب  
جمع إحصائيات المرضى الداخليين.  
المواضيع الطبية القانونية وإجراءات الكشف عن المعلومات .

#### ٧- المرضى الخارجيون

العيادات السريرية العامة للمرضى الخارجيين  
العيادات السريرية المتخصصة للمرضى الخارجيين.  
عد المرضى الخارجيين.  
إحصائيات المرضى الخارجيين.  
المرضى الإسعافيون ( المصابون بحالة طارئة ).

#### ٨ - لجنة السجل الطبي

نقاط مرجعية  
المسؤوليات

#### ٩- سياسات السجل الطبي

وصول المرضى إلى سجلاتهم الطبية  
الخصوصية والموثوقية والكشف عن المعلومات الخاصة بالمريض.  
سياسة المحافظة على السجلات الطبية.  
تلف أو إتلاف السجلات الطبية.

#### ١٠ - مواضيع الجودة في سجلات الخدمات الصحية

المناطق التي يمكن فيها لمدير السجلات الطبية أن يقيم فيها إجراءات السجلات الطبية.  
تقييم محتويات السجلات الطبية.

#### ١١- نظام حوسبة السجل الطبي

الدليل الرئيسي للمريض في الحاسوب  
القبول المحوسب للمرضى  
نظام دليل الأمراض والإجراءات.

#### ١٢- الاستنتاجات

ملحق ١ : اختبار موظفي السجلات الطبية قبل تعيينهم .  
ملحق ٢ : عناوين أشخاص يمكن الاتصال بهم من الاتحاد الدولي لمنظمات  
السجلات الصحية ( ٢٠٠٠-٢٠٠٤ )  
ملحق ٣ : مسرد بالمصطلحات الخاصة المستعملة في الدليل الإرشادي

المراجع

## لائحة الصور

- ١ مرافق الرعاية الصحية الحديثة
- ٥ أقسام سجلات طبية نموذجية وفق الأنظمة اليدوية.
- ٦ قسم السجلات الطبية المحوسبة النموذجي.
- ٨ عينات من نماذج السجلات الطبية.
- ١٠ عينات من النماذج الشعاعية والباثولوجية والتحريات الأخرى.
- ١٥ القسم العلوي من الصفحة الأمامية.
- ٢٣ فريق الموظفين أثناء العمل على السجلات الطبية.
- ٢٥ إزالة سجل طبي واستعاضته بقائف ( الدليل على مكان السجل ).
- ٢٩ دليل المريض الرئيسي
- ٣٢ فريق الموظفين وهم يعملون في إجراءات التخريج
- ٣٧ خزانة حافظة السجلات ذات الرفوف.
- ٤٠ مصنفات ذات شفرات لونية ونهايات رقمية.
- ٤٠ الفارز في قسم كبير للسجلات الطبية.
- ٤١ إزالة القائف بعد إعادة السجل الطبي.
- ٥٠ تدفق المعطيات ابتداء من قبول المريض حتى إعادة السجل الطبي في مكانه.
- ٥٨ قسم الطوارئ المرتبط بمشفى تعليمي كبير.
- ٥٨ صحيفة تعريف المريض الخارجي.
- ٦٥ لقاء لجنة السجلات الطبية النموذجي.
- ٦٧ مصنف ذو نهاية رقمية مع علامة " خاص وسري "
- ٧٢ مدير السجلات الطبية يتفحص معلومات السجلات مع طبيب.
- ٧٥ فريق يعمل في قسم السجلات الطبية المحوسبة.
- ٨١ مدير السجلات الطبية يقوم بإحصائيات شهرية.





أحد المرافق الصحية الحديثة

## الفصل الأول

# مدخل

تعتبر نماذج السجلات الطبية جزءاً مهماً من رعاية المريض في الحاضر والمستقبل. إذ يمكن أن تستعمل المعلومات الواردة فيها كعمل تجميعي مكتوب حول الرعاية الصحية للمريض ، لاتخاذ التدابير اللازمة والتخطيط لمرافق الرعاية الصحية وخدماتها بقصد تطوير البحوث الطبية وإنتاج إحصائيات الرعاية الصحية.

يكتب الأطباء والممرضات وعاملو الرعاية الصحية الآخرون في السجلات الطبية بشكل متكرر بقصد استخدام معلوماتها عندما يراجع المريض المستشفى أو مركز الرعاية الصحية. ويجب أن يكون السجل الطبي متاحاً بسهولة لموظفي الرعاية الصحية عند مراجعة المريض في مركز أو مرفق الرعاية الصحية ، وهذه هي وظيفة العاملين في الرعاية الصحية. وإذا لم يكن السجل الطبي متاحاً فقد يعاني المريض كثيراً لأن المعلومات السابقة قد تكون حيوية لمتابعة رعايته الصحية. وبالإضافة إلى ذلك فإن السجل الطبي لا يمكن استحدثه عند الحاجة لرعاية المريض ولن يعمل فريق السجلات الطبية بشكل جيد وموثوق وستتأثر تأدية خدمات هذه السجلات الطبية.

## الهدف من الدليل الإرشادي

إن الهدف من الدليل الإرشادي مساعدة العاملين في مجال السجلات الطبية على تطوير وتدبير خدمات هذه السجلات في مرافق الرعاية الصحية في الدول النامية بطريقة فعالة وكافية لتؤدي الغرض منها.

لقد كتب هذا الدليل الإرشادي موجهاً لفريق الموظفين الذين يفهمون بشكل أساسي إجراءات السجلات الطبية، ولم يصمم هذا الدليل ككتاب مدرسي تمهيدي لتدبير السجل الطبي فقط بل كمساعد لمدير السجلات الطبية والذين يعملون في نسخ السجلات والإجراءات الأخرى عليها، وذلك عن طريق وصف أفضل الأنظمة والترتيبات المناسبة لأقسام السجلات الطبية في الدول النامية. لقد كتب هذا الدليل في الأصل من أجل الإجراءات اليدوية ولكنه يمكن أن يستخدم كصلة وصل مع الأجهزة الحاسوبية وأنظمتها. وهو لا يقدم جميع خيارات تدبير السجلات الطبية بل يقدم خياراً واحداً لكل منطقة لتدبير السجلات الطبية في المناطق النامية. وإن لائحة المراجع من الكتب المدرسية المذكورة في نهاية هذا الدليل تقدم معلومات تفصيلية حول تدبير السجلات الطبية.



## الأغراض

- إذا أتممت دراسة هذا الكتيب الإرشادي فإنك ستكون قادراً على :
- تحديد الوظائف الرئيسية لقسم السجلات الطبية وتنفيذ الإجراءات الأساسية.
  - فهم الاستعمالات المتعددة للسجل الطبي ( أو الصحي ) وطبيعة الخصوصية السرية لمعلوماتها أو معطياتها.
  - القيام بتعريف المريض وإجراءات التسجيل.
  - تحديد الدليل الرئيسي للمريض والمحافظة عليه في قسم السجلات الطبية.
  - تقييم الحاجة لنموذج جديد والنقاط التي يجب تذكرها عند تصميم النموذج ودور لجنة السجلات الطبية للقيام بعمل النماذج.
  - تصنيف معطيات الرعاية الصحية وإنشاء دليل الأمراض والإجراءات إذا تطلب الأمر ذلك.
  - تحديد الطرق المختلفة لتعبئة السجلات الطبية الصحية وأهمية استخدام قائف السجلات الطبية.
  - مناقشة أهمية تطوير سياسات السجلات الطبية كالأحفاظ بالسجلات الطبية الصحية والوصول إلى معلومات رعاية المريض مع المحافظة على الخصوصية والسرية والموثوقية والكشف عن المعلومات الخاصة بالمريض.

يجب أن يكون العاملون في تسجيل البيانات وتنظيمها ذوي دراية أساسية في الترتيب الأبجائي والرقمي وقادرين على تهجئة الأسماء بشكل صحيح ليكونوا قادرين على تعبئة السجلات وترتيبها بدقة ألفبائياً أو رقمياً ، ويجب أن يجتاز جميع العاملين في أقسام السجلات الطبية اختباراً في الترتيب الأبجائي والرقمي قبل تعيينهم. ( راجع الملحق ١ )

## الدعم الوطني والعالمي

يجب أن يحافظ مديرو السجلات الطبية حتى آخر لحظة على تطوير هذه السجلات على المستويين الوطني والدولي. ولتطوير نظام الدعم ضمن كل بلد يشجع العاملون على تأسيس رابطة وطنية للسجلات الطبية ، ولكسب الدعم الدولي تشجع هذه الروابط على الحصول على عضوية الاتحاد الدولي لمنظمات السجلات الطبية، وهو اتحاد دولي للروابط الوطنية المؤلفة من مديري المعلومات الطبية الصحية وموظفيها. وتساعد هذه العضوية الموظفين في هذا المجال ليكونوا جزءاً من الشبكة الدولية المتضمنة موظفين من دول مختلفة ذات أنظمة صحية متشابهة. وإذا كان عدد الموظفين في السجلات الصحية غير كاف لتأسيس رابطة وطنية لهم فيمكن للموظفين إفرادياً الالتحاق والتسجيل كأعضاء رابطة في الاتحاد الدولي لمنظمات السجلات الطبية.

يعقد هذا الاتحاد مؤتمراً دولياً كل ثلاث سنوات حيث يناقش آخر التوجهات والتطورات الحاصلة على مستوى ممارسات التسجيل الطبي (أو الصحي). وإن المعلومات اللازمة عن أعضاء الاتصال في الاتحاد موجودة في الملحق ٢.

## تَغْيِيرُ الْأَسْمَاءِ وَالتَّعَارِيفِ

تحدث مع مرور الزمن تغيرات على ألقاب مديري أقسام السجلات الصحية وكذلك على اسم القسم ذاته. وتحدث هذه التغييرات نتيجة التنبه الكبير لأجهزة السجلات الطبية والتأكيد المتزايد على تطوير أنظمة حاسوبية لإدخال معلومات السجلات الطبية.

● ففي بعض البلدان يتغير لقب المدير المسؤول عن خدمات السجلات الطبية من لقب مدير السجل الطبي ومعالج السجل الطبي إلى مدير المعلومات الصحية أو معالج المعلومات الصحية، وفي كثير من الدول النامية لا يزال يستعمل فيها لقب مدير السجل الصحي أو رئيس دائرة السجلات الصحية، وفي هذا الدليل يستعمل كلا اللقبين المذكورين ولكن يمكنك الاستعاضة عنهما باللقب الشائع في بلدك.

● وكذلك في بعض الدول كثيراً ما يشار إلى " قسم السجلات الطبية " باسم غيره ، كغرفة السجل الطبي أو خدمات المعلومات السريرية أو قسم المعلومات الصحية. وأما في هذا الدليل فيستخدم تعبير " قسم السجلات الطبية " ، ويمكنك أيضاً استبدال اسم هذا القسم بما يقابله في بلدك.

● يبدو أن تعبير " مرفق الرعاية الصحية " كثيراً ما يستخدم ليعبر عن المستشفى أو مركز الرعاية الصحية أو عيادة الرعاية الصحية. وكذلك يمكنك هنا استبدال هذه التعبيرات بالاسم الدارج في بلدك أو ما يقوم مقامه. وفي هذا الدليل يستخدم تعبير مرفق الرعاية الصحية أو المستشفى.

● مع التغيرات الكثيرة لتقديم الرعاية الصحية في هذه الأيام كثيراً ما يشار إلى السجل الطبي باسم السجل الصحي، ويدل هذا التعبير عموماً على منظور أوسع للرعاية الصحية في كثير من البلدان. ويعني السجل الصحي عادة سجلاً وحيداً يحتوي على جميع البيانات التي تدل على الحالة الصحية للشخص من الولادة حتى الممات<sup>(1)</sup>. ويعني ذلك أنه يتضمن بيان الولادة والتلقيح وبيان جميع الأمراض والمعالجات المعطاه في أي مرفق من مرافق الرعاية الصحية. ولسوء الحظ لم تعد هذه السجلات محفوظة في كثير من مرافق الرعاية الصحية في هذه الأيام. ولذلك يجب استخدام تعبير السجل الطبي ليصف بدقة نمط السجل الحالي المستعمل في معظم المستشفيات، وهو التعبير الذي سيستخدم في الصفحات التالية. وإن تعبير السجل الصحي كما وصف سابقاً أصبح أكثر عمومية ويجب أن يتوسع استعماله في المستقبل.

● خلال الثمانينيات استبدلت أنظمة التسجيل الطبية اليدوية في كثير من البلدان بأنظمة أو برامج المعلومات الطبية الحاسوبية، ووفق هذه الأنظمة تخزن وتعالج المعلومات المتعلقة بالصحة أو الرعاية الصحية للمرضى ضمن الحواسيب. ومع مرور الزمن وحدث التطور الكبير استبدل في كثير من المستشفيات نظام معلوماتها للسجلات الطبية اليدوي بنظام المعلومات الحاسوبي. ويعرف نظام المعلومات المستشفى على أنه نظام المعلومات الذي يربط وظائف معالجة الأعمال الأساسية كالتسجيل والقبول والتخريج والتحويل بالمعالجات الإحصائية والحسابية للمرضى. أي أن جميع المعلومات المجموعة حول المريض أثناء وجوده في المستشفى تمثل جزءاً من هذا النظام المعلوماتي للمستشفى. وهو يشتق من المعطيات المسجلة عن المريض منذ بداية دخوله واستعماله الأدوية في المستشفى أو العيادة أو مركز الرعاية الصحية الأولية حتى إدخال بيانات حساباته المالية. ويسجل الفريق الطبي البيانات المتعلقة بالمرضى وأمراضهم أو إصاباتهم في السجل الطبي، وترتبط هذه البيانات بالمعلومات التعريفية المجموعة من قبل فريق الموظفين المسؤولين عن ذلك، وهي متاحة في نظام المعلومات المستشفى.

في الوقت الحاضر يعتبر نظام المعلومات المستشفى الجيد ليس مهماً للمستشفى فحسب بل للحكومات أيضاً حيث يقدم معلومات حول صحة المواطنين في البلد كله. وتستخدم المعلومات المجموعة في تخطيط الحكومات من أجل إقامة المرافق الصحية والبرامج الصحية ومن أجل اتخاذ التدابير اللازمة وتسويل المرافق والبحوث الطبية. وعلى أية حال وحيث أن نظام المعلومات المستشفى لم يتطور حتى الآن في كثير من الدول فإن التدابير الكافية لنظام السجلات الطبية تبقى أساسية لجمع المعلومات الصحية الكاملة والدقيقة والآنية.

وبغض النظر عن الأنظمة فإن مهمة فريق السجلات الطبية هي العمل على التأكد من المعلومات المجموعة عن المريض في سجلات طبية وضمان حفظها لتكون متاحة ويمكن الحصول عليها متى وكيف شئنا بأسرع ما يمكن لضمان استمرار رعاية المريض. ويجب حفظها بلغة سهلة التداول، وعند تسر أي كلمة يمكن الرجوع إليها في المعاجم.

## تذكر:

إن معاني المصطلح أو المصطلحات قد تختلف من بلد لآخر.

يبدأ الدليل الإرشادي بنظرة عامة عن :

- قسم السجلات الطبية ووظيفته.
- السجل الطبي.
- تعريف المريض وترقيمه (إعطائه رقماً).
- تطور الإجراءات.
- إجراءات السجل الطبي الأساسية الضرورية.

ويغطي القسم الثاني مواضيع مهمة تشمل :

- السجلات الطبية للمرضى الخارجيين.
- تطوير بعض سياسات السجلات الطبية.
- لجنة السجلات الطبية.
- مواضيع جودة خدمات السجلات الطبية.
- أنظمة أو برامج السجلات الطبية الحاسوبية.

وفي أي صفحة من الصفحات التالية التي ستعمل من خلالها عليك أن تراجع خدمات السجلات الصحية التي تقدمها المستشفى التي تعمل فيها وانظر أين يمكن تقديم التحسينات للمستشفى. وعليك أن تخطط لتغييراتك بعناية وحذر وتأكد من أن هذه التغييرات تناسب وضعك. وإن سوء التخطيط سيؤدي إلى فشل المشروع وفقدان الموثوقية في التغييرات المفترضة.

## الفصل الثاني

### قسم السجلات الطبية



قسم السجلات الطبية النموذجي ذو الأنظمة اليدوية

يعتبر قسم السجلات الطبية من الأقسام ذات الحركة والمشغولية الكبيرة، وإن عمل الموظفين في السجلات الطبية يحتاج إلى متطلبات عالية. ومع أن الفريق لا يتدخل مباشرة في رعاية المريض فإن المعلومات المدونة في السجل الطبي للمريض تعتبر جزءاً مهماً من رعايته. ولذلك يطلب من فريق قسم السجلات الطبية إنجاز هذه الخدمة الأساسية ضمن المستشفى، وقد لا يتم تفهم طبيعة هذا العمل أحياناً من قبل الفريق الطبي ومديري المستشفى وموظفين آخرين من المستشفى. وكثيراً ما يشعر مديرو السجلات الطبية والعاملون في تسجيلها بالعزلة. وبالإضافة إلى ذلك يكون التمويل غير كافٍ في كثير من الدول مما يجعل استمرارية خدمات السجلات الطبية أمراً عسيراً. ولذلك يجب أن يكون فريق السجلات الطبية بارعاً ومرشحاً للعمل في ظروف صعبة وشديدة المشغولية وفي جزء مهم من المستشفى. وبمزيد من المعرفة والخبرة سيصبح العمل أكثر رتابة وإقناعاً.

### دعم قسم السجلات الطبية وفريقه

بالنظر إلى الطبيعة الحيوية لعمل قسم السجلات الطبية فمن المهم الحصول على الدعم والتعاون من قبل إدارة المستشفى والفريق الطبي. ويجب على إدارة المستشفى والفريق الطبي والتمريضي وباقي المهنيين الصحيين ذوي العلاقة الانتباه واليقظة لعمل قسم السجلات الطبية إذ يمكن أن تنشأ فيه مشاكل متعلقة بتسجيل بيانات رعاية المريض. ويمكن بلوغ ذلك بوساطة :

- إنشاء علاقات ارتباط مع الفريق السريري وإدارة المستشفى حول محتويات السجلات الطبية والإجراءات المطلوبة لتدبير خدمات السجلات الطبية.
- امتلاك قرطاسية كافية ( نماذج أو بيانات سجلات طبية، وحافظات الأوراق (مصنفات) ، وأوراق قرطاسية مكتبية) ومتاحة للقيام بوظائف تدوين السجلات الطبية الأساسية.
- توفر فريق مدرب وكاف لإتمام جميع إجراءات السجلات الطبية الأساسية.

وللمحافظة على استمرارية خدمات السجلات الطبية الفعالة فإن موظفي السجلات الطبية يحتاجون إلى دعم وتعاون لجنة السجلات الطبية. إنهم يحتاجون إلى امتلاك القدرة على طرح المواضيع الهامة المتعلقة بخدمات السجلات الطبية على اللجنة لمناقشتها. وإذا فعلوا ذلك فيجب أن يكونوا متأكدين من تسجيل هذه المواضيع بدقة وتقديمها إلى اللجنة بطريقة واضحة وموضوعية. وستتم مناقشة لجنة السجلات الطبية بتفصيل أكبر فيما بعد.

## وظائف قسم السجلات الطبية

إن فريق قسم السجلات الطبية تحت قيادة مدير السجلات الطبية مسؤولون عن المحافظة على السجلات الطبية والخدمات المتعلقة بها . وعلى إدارة المستشفى ضمان الأمن وتقديم مكان لتخزين السجلات الطبية مع مساحة عمل كافية للفريق . وعلى فريق قسم السجلات الطبية أن يحمي السجلات من العبث أو البعثة أو الضياع أو استخدامها بشكل غير مأذون ولا مرخص به . كما أنهم مسؤولون عن سريتها وخصوصية المعلومات المخزنة فيها مع المحافظة عليها في كل الأوقات .

إن مدير السجلات الطبية مسؤول عن تطوير السياسات ومتابعتها واستمراريتها والإجراءات المتعلقة بخدمات السجلات الطبية في المستشفى .

### وتشتمل الوظائف الرئيسية لقسم السجلات الطبية على :

- إنشاء دليل رئيسي للمريض والمحافظة عليه لتعريف المريض .
- إمكانية استرجاع السجلات الطبية لرعاية المريض من قبل المرخصين بذلك .
- القيام بإجراءات التخريج وإتمام السجلات الطبية بعد تخريج المريض الداخلي أو موته .
- ترميز الأمراض والعمليات التي أجريت للمرضى ، وذلك عند خروجهم أو موتهم .
- تقييم خدمات السجلات الطبية .
- مداولة المواضيع الطبية القانونية المتعلقة بكشف معلومات المريض والاطلاع عليها ، ومواضيع قانونية أخرى .

وللربط بين هذه الوظائف توجد مجموعة ضرورية هامة من الإجراءات الأساسية يجب أن يتم إنجازها من قبل فريق السجلات الطبية في قسم السجلات الطبية . وإن إهمال أي من هذه الإجراءات يمكن أن يؤدي إلى تراجع وفشل خدمات السجلات الطبية .

## إجراءات السجلات الطبية المحوسبة

لقد تمت برمجة كثير من إجراءات السجلات الطبية في الحواسيب كتعريف المريض وإجراءات القبول والتخريج في كثير من الدول . وإن أتمتة هذه الإجراءات يمكنها أن تحسن من أداء وفعالية قسم السجلات الطبية ، ولقد نوقشت في القسم الأخير من هذا الدليل الإرشادي .

ومع أن برمجة كثير من الإجراءات في الحاسوب ستساعد على تحسين أداء خدمات السجلات الطبية فإنه من المهم إنشاء خدمات السجلات الطبية اليدوية البسيطة والتي يجب أن تكون ذات كفاية وفعالية ممتازة قبل القيام ببرمجة السجلات وإدخالها في الحاسوب . ذلك أن الحوسبة لن تحل جميع المشاكل إذا كان النظام اليدوي غير متطور بشكل جيد ولم تتم المحافظة عليه .



القسم النموذجي للسجلات الطبية المحوسبة

---

زمن الأسئلة :

ما اسم القسم الذي تعمل فيه ؟

هل أنت مسؤول عن قسم السجلات الطبية في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

سم الإجراءات التي تتم في القسم المسؤول عنه ؟

---

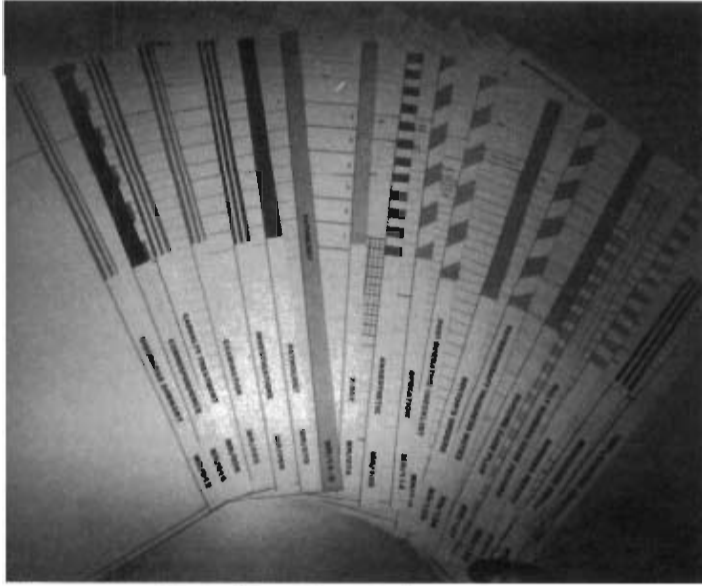
---

---

---

## الفصل الثالث

# السجلات الطبية



عينات من استمارات السجلات الطبية.

قبل النظر في إجراءات السجلات الطبية نحتاج إلى مناقشة السجلات الطبية ذاتها :  
ما السجلات الطبية ؟ وكيف يتم إنشاؤها ؟ ولماذا هي مهمة جداً ؟  
كما تم ذكره في المدخل فإن السجل الطبي هو مجموعة من الحقائق حول حياة المريض وحالته الصحية ، ويشتمل على بيانات وثائقية حول الإصابات المرضية في الماضي والحاضر ، ويجب أن تحتوي السجلات على بيانات كافية لتعريف المريض وتبين التشخيص وأسباب القبول لتقديم الرعاية للمرضى في مرفق الرعاية الصحية ، كما يجب أن توضح المعالجة بدقة وتوثق بشكل دقيق نتائج تلك المعالجة . ( هوفمان ١٩٩٠ ) . وإن الهدف الرئيسي من السجل الطبي تسجيل الحقائق المتعلقة بالسوابق التاريخية المرضية للمريض مع التأكيد على الأحداث التي أثرت على المريض أثناء قبوله الحالي أو الرعاية التي يتلقاها في مرفق الرعاية الصحية ، ومن أجل متابعة تقديم الرعاية للمرضى التي يمكن أن يحتاجوا لها في المستقبل .

### الاستعمالات الرئيسية للسجلات الطبية هي :

- توثيق سير المرض لدى المريض ومتابعة معالجته .
- إحداث صلة بين الأطباء الذين يقدمون الرعاية للمريض ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين للمريض .
- المداومة على تقديم الرعاية للمريض .
- إمكانية قيام أبحاث على أمراض نوعية ومعالجتها .
- جمع الإحصائيات الصحية .

في بعض المستشفيات يتم تنظيم سجل جديد في كل مرة يأتي فيها المريض إلى المستشفى ويعطى رقماً جديداً لسجله الجديد . وبحسب هذا النظام يمكن أن يكون للمريض عدة سجلات طبية مبعثرة في غرفة السجلات . وهذا عمل غير منصوص به من أجل تقديم رعاية صحية جيدة للمريض الواحد . فيجب أن يكون للمريض سجل طبي واحد مهما تكررت مراجعاته ويحفظ في مكان معين له . ففي الطرق اليدوية لحفظ الملفات يجب الرجوع إلى هذه الطريقة لحفظ الملفات وسهولة الرجوع إليها .

# تذكر:

مريض واحد ← رقم سجل طبي واحد = سجل طبي واحد

## أين يبدأ السجل الطبي ؟

يبدأ السجل الطبي عند قبول المريض أول مرة ، كمرضى داخلي أو أنه يستحق الرعاية كمرضى خارجي لمرفق الرعاية الصحية ( إذا كان السجل الطبي مركباً ) . ويبدأ ذلك بجمع المعلومات التعريفية والتي تدون على الصفحة الأمامية أو صفحة التعريف والملخص . ويختلف اسم النموذج الأول في السجل الطبي بين مشفى وآخر وبين دولة وأخرى .

## زمن الأسئلة

ماذا يدعى هذا النموذج في مرفق الرعاية الذي تعمل فيه ؟

في هذا الدليل الإرشادي سيشار إليه باسم الصفحة الأمامية . ولكن يمكنك استبدال هذا الاسم بما هو مألوف لديك .

## مكونات السجل الطبي

عندما يقبل مريض في المستشفى يصبح مريضاً داخلياً وتبدأ عمليات التسجيل في سجله الطبي كمرضى داخلي اعتباراً من تعبئة الصفحة الأمامية .

فالمريض الداخلي هو المريض الذي يقبل للدخول في مرفق الرعاية الصحية ويشغلفي العادة سريراً مدة أربع ساعات على الأقل أو طيلة الليل . واعتباراً من وقت القبول يتطور السجل الطبي بإضافة بيانات متعددة بحسب المعالجة والرعاية التي يتلقاها في الجناح . ويشتمل السجل الطبي الفيزيائي ( البدني ) على ما يلي :

- نماذج أو بيانات من السجلات الطبية .
- مثبتّ لجمع الأوراق سوية .
- فواصل أو مقسمات بين كل قبول وآخر ، وملاحظات بالنسبة للمريض الخارجي .
- مصنف أو غلاف حافظ ليحفظ السجل الطبي ضمن غلاف سميك .



## استمارات السجلات الطبية

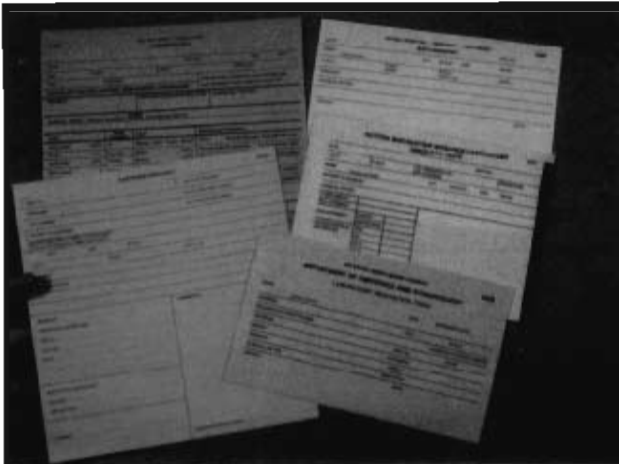
- يتألف السجل الطبي من عدد من النماذج أو البيانات التي تستخدم لأغراض نوعية ويشمل النموذج الأساسي في السجل الطبي للمريض الداخلي ما يلي :
- صفحة أمامية أو ما يعرف بصفحة التعريف والملخص ، وتحتوي على تعريف المريض والتشخيص النهائي له وتوقيع الطبيب .
  - الموافقة على المعالجة، وتكون غالباً على ظهر الصفحة الأمامية موقعة من قبل المريض عند قبوله . ويوجد جزءان في هذا النموذج : النصف الأول من النموذج يتمثل بموافقة عامة على المعالجة والنصف السفلي يتضمن الموافقة للمرخص لهم في الاطلاع على المعلومات الواردة في السجل الطبي .
  - ملفات المراسلات والملفات القانونية حول المريض كرسائل التحويل وطلبات معلوماتية ..
  - ملخص تخريج إذا كان مطلوباً من قبل سلطات المستشفى .
  - ملاحظات القبول وتشتمل على التشخيص المحتمل ( الأسباب التي دفعت المريض للمجيء إلى المستشفى)، والأعراض الحالية والفحص السريري والرعاية المقترحة .
  - ملاحظات التطورات اليومية فتكون بتسجيل معالجات المريض وتطوره، وتكتب من قبل الأطباء أو موظفي الرعاية الصحية .
  - بطاقة ملاحظات الرعاية التمريضية اليومية .
  - يستعمل تفرير العملية إذا أنجزت عملية أو أكثر .
  - ملاحظات أخرى يكتبها مهني الرعاية الصحية لتخصصات أخرى كالمعالجات الفيزيائية والأعمال الاجتماعية .
  - التقارير الباثولوجية وتتضمن الدمويات والنسجيات والمكروبيولوجيا ...
  - تقارير أخرى كالأشعة ..
  - بطاقات المداواة اليومية المعطاة للمريض .
  - ملاحظات تمريضية كنموذج تمريضي خاص لمراقبة أذيات الرأس وإصاباته ..

## ترتيب النماذج أو البيانات والتقارير في السجل الطبي

يجب أن يكون هناك ترتيب نموذجي للنماذج في السجل الطبي بعد تخريج المريض أو موته .

تذكر :

ينصح بترتيب النماذج ضمن السجل الطبي كما ورد في اللائحة السابقة .



نماذج من الاستمارات الخاصة بالأشعة  
والتقارير الباثولوجية  
وغيرها من الاستقصاءات

- تحدد إدارة المستشفى أو لجنة السجلات الطبية ( إذا وجدت) ترتيب المعلومات في السجل الطبي. ويجب طباعة أو كتابة اللائحة بحيث تكون جاهزة للاستعمال من قبل مدير القسم أو من يعملون معه من الموظفين الصحيين. وسيجعل ذلك من السهل على فريق السجلات الطبية تجميع السجل الطبي وعلى موظفي الرعاية الصحية تحديد المعلومات النوعية.
- من المهم أن نلاحظ بأن ترتيب النماذج كما ورد سابقاً ليس هو الترتيب المستخدم في الأجنحة. ولكنه الترتيب الذي تجمّلاً وفقه النماذج في السجل الطبي بعد تخريج المريض من المستشفى وإعادة السجل إلى قسم السجلات الطبية.
- في كثير من الدول تقع مسؤولية إملء المعلومات في السجل الطبي وفرز نماذجها في مكانها المناسب على فريق الجناح الطبي قبل إعادتها إلى قسم السجلات الطبية. وإذا استلمها القسم غير مرتبة أصولاً فعندئذ تقع مسؤولية ترتيبها وفق الترتيب الصحيح على فريق السجلات الطبية كإجراء من إجراءات التخريج.

### بعض النقاط الهامة حول نماذج السجلات الطبية

- يجب أن تكون جميع نماذج السجلات الطبية بحجم واحد - A4 - عادة.
  - يوضع اسم المريض ورقم السجل واسم النموذج في المكان ذاته وفي جميع النماذج.
  - يجب ألا يحتوي السجل الطبي إلا على النماذج الرسمية المقررة من قبل إدارة المستشفى أو لجنة السجلات الطبية (إذا كانت موجودة).
- وهذه عينة من نماذج السجلات الطبية ، وتبقى المقاطع A ، B ، C ، D ، E ثابتة في جميع النماذج. وأما القسم F فيختلف من نموذج لآخر حيث تكتب محتويات النموذج الطبية.

B هامش علوي ١٠ سم		هامش ٢٠ سم
D رقم السجل : الجناح :	C : اسم المستشفى اسم المريض : تفاصيل أخرى عن المريض	
E اسم النموذج ١٠ سم	F : محتويات النماذج المختلفة تكتب في هذا الموضع. وأما المقاطع A ، B ، C ، D ، E فتبقى ثابتة في جميع النماذج.	

## المشبك أو المثبت

- يجب أن تكون أوراق السجل الطبي مجموعة إلى بعضها ومثبتة إما بمشبك أو دبوس أو غير ذلك من وسائل التثبيت والربط ، ويجب عدم استعمال الخرزات لأنها تميل لترك آثار وسخة ولا تسمح بإضافة نماذج أخرى إلى السجلات بسهولة. وتستعمل بعض البلدان مثبتاً كبيراً يوضع في الزاوية العلوية اليسرى من السجل الطبي.
- يمكن استخدام مصنفات حافظة ذات سلكين قابلين للثني بحث تثقب جميع النماذج وتثبت بعد إدخالها في السلكين ثم ثني هذين السلكين عليها. ويمكن إضافة بعض السجلات بطريقة اللصق لوجود مادة لاصقة على ظهرها.
- من الأفضل استخدام مشابك بلاستيكية لأن المشابك المعدنية قد تؤذي الأصابع وتترك آثاراً صدئية أو أوساخاً.

## مقسمات ( عوازل ) السجل الطبي

- من الممارسة الجيدة أن نعزل أوراق بيانات كل مرة يقبل فيها المريض من جديد عن الأوراق والبيانات الأخرى للقبولات السابقة وذلك بوساطة حواجز تكون أكبر في عرضها من قياس عرض السجل ولكل حاجز بارزة إضافية يكتب عليها رقم القبول: مثلاً القبول ١ ، القبول ٢ ...
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كان السجل مركباً لمريض داخلي وخارجي في آن واحد تكتب جميع الملاحظات للمريض عندما كان يعالج خارج المستشفى خلف حاجز المريض الخارجي.
- في السجلات التخصصية للعيادات الخارجية يمكن استعمال حاجز للعيادة التخصصية ، مثلاً: عيادة فرط الضغط الشرياني ، العيادة القلبية ..

## المصنف الطبي ( حافظ السجلات أو البيانات )

- يجب أن تحفظ السجلات الطبية أو البيانات ضمن مصنف ( حافظ للأوراق ) ، ويجب أن يكون مصنوعاً من مادة متينة كالمانيل أو من الكرتون السميك المتين.

شريط الرقم ↓

موضع رقم السجل → 12-34-56	
2000 2001 2002	آخر سنة قبول إسم المريض الكامل
الشوكة	
↑	ثقوب المشبك

- يجب وضع مصنفات السجلات الطبية في مكانها المناسب وتعليقها بواسطة دبوس التعليق بحيث يكون رقم السجل مرئياً بشكل واضح ومناسب لأغراض ترتيب الأضابير.
- يجب على كل مستشفى أو مركز صحي أو قسم صحي أن يخصص ميزانية سنوية للقرطاسية.

يجب أن يكتب على المصنف :

اسم المريض.

رقم السجل الطبي.

سنة آخر قبول للرعاية الطبية.

تذكر :

يجب ألا يكتب على المصنف أي معلومات طبية.

### مسؤولية السجلات الطبية

إن الوظيفة الأولية للمستشفى أو العيادة الطبية أو أي مرفق للرعاية الصحية تقديم الرعاية الجيدة للمريض سواء كان داخلياً أو خارجياً أو إسعافياً. وإن إدارة المستشفى مسؤولة قانونياً عن جودة الرعاية التي تقدمها للمرضى معتمدة على الأطباء والممرضات وموظفي الرعاية الصحية، وتنظر في أن الرعاية المقدمة للمرضى موثقة بشكل دقيق في سجلاتهم الطبية. وأما مسؤولية دقة تسجيل المعلومات وإتمام البيانات والنماذج فتقع على عاتق أولئك الذين يسجلون المعطيات.

وأما مدير قسم السجلات الطبية أو المشرف عليه فمسؤول عن أداء وظائف القسم وملاحظة سهولة إتاحة السجلات، عندما تكون هناك حاجة إليها لاستمرار تقديم الرعاية للمريض. وهم مسؤولون أيضاً عن :

- التأكد من أن جميع النماذج المتعلقة برعاية المريض موجودة في سجله الطبي.
- أن السجل الطبي قد تم إنجازه وإتمامه كاملاً من قبل الطبيب.
- ترميز كافة الأمراض والعمليات بدقة.
- أن جميع المعلومات تكون جاهزة لعمليات الإحصاء بدقة عندما تطلب من قبل إدارة المستشفى أو وزارة الصحة أو الوكالات الحكومية الأخرى.

### مواضيع طبية قانونية

لقد أصبح السجل الطبي مستنداً قانونياً مهماً في كثير من الدول في الوقت الحاضر. وقد لا يكون الأمر كذلك في بلدك ولكنك يجب أن تكون حذراً لاحتمال طلب السجل والنظر فيه في أي وقت، ولذلك يجب أن يكون تاماً ودقيقاً ومتاحاً في أي لحظة يطلب فيها.

ومن المهم أن يكون مدير السجلات منتبهاً إلى خصوصية معلومات السجلات وسريتها وحق المريض في حفظها بكل موثوقية. وإن المسؤول عن قسم السجلات الطبية يجب ألا يدع شخصاً غير مأذون أن يتمكن من الوصول إلى السجلات، ولا يجوز إخراج معلوماتها خارج القسم إلا بإذن خطي مكتوب يبين موافقة المريض على ذلك.

إن السجل الطبي كإضبارة وأوراق يعتبر من ملكية المستشفى ولكن المعلومات المكتوبة في هذه الأوراق حق خاص بالمريض ولا يجوز كشفها لأحد دون موافقته . ويستثنى من هذه القاعدة استخدام المعلومات:

- من قبل الأطباء وموظفي الرعاية الصحية الآخرين للاستمرار في رعاية المريض .
- في البحوث الطبية دون الإشارة إلى تعريف المريض .
- في جمع إحصائيات الرعاية الصحية دون الإشارة إلى تعريف المرضى .

وقبل المتابعة راجع السجلات الطبية الموجودة في مستشفائك وأجب على الأسئلة التالية:

## زمن الأسئلة :

هل أحجام جميع نماذج السجلات الطبية بقياس واحد في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

من الذي يوافق على إدخال نموذج جديد ؟

من الذي يصمم السجلات الطبية في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

هل تجمع نماذج السجلات الطبية بمشيك أم مثبت في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

أي نموذج من المثبتات يستخدم في التثبيت ؟

هل تستخدم المقسمات ( الفواصل ) بين أوراق كل قبول للمريض ؟

هل توضع نماذج السجلات الطبية في مصنف حافظ لها بعد تخريج المريض ؟

من المسؤول عن خدمة السجلات الطبية في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

هل لديك عمل طبي قانوني في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

إذا كان الأمر كذلك ، هل هذا الأمر من مسؤولية فريق السجلات الطبية ؟

## الفصل الرابع

# تعريف المريض وترقيمه

القسم العلوي من الصفحة الأساسية

قبل مناقشة إجراءات قسم السجلات الطبية النوعية يجب أن ننظر إلى كيفية تعريف المريض وتعريف سجله الطبي. ويعتبر التعريف الدقيق للمريض العمود الفقري في مجموعة السجلات الطبية ذات الكفاية والفعالية. ونحتاج للتعريف الدقيق لتعيين المريض إيجابياً وبدقة والتأكد بأنه لكل مريض واحد سجل طبي واحد ذو رقم فريد واحد.

## تعريف المريض الداخلي

يشغل المريض الداخلي في مرفق الرعاية الصحية سريراً في العادة، مدة أربع ساعات على الأقل أو طوال فترة الليل. ويختلف الزمن اللازم لاعتبار المريض بأنه مريض داخلي من بلد لآخر، وعليك أن تتحرى القوانين الموجودة في بلدك حول هذا الموضوع.

تذكر:

المريض الداخلي هو المريض الذي تم قبوله ليُدخل في مرفق الرعاية الصحية.

ويمكن أن يتم قبول المرضى الداخليين عن طريق غرفة الإسعاف أو العيادات الخارجية العامة أو العيادات الخارجية التخصصية. ويتم قبول المريض في المستشفى بناءً على أمر الطبيب ويقوم مدير قبول المرضى بتنفيذ ذلك.

## المسؤول عن تعريف المريض

تقع مسؤولية تعريف المريض بدقة على عاتق الموظف الذي قابل أو شاهد المريض في مكتب القبول أو قسم العيادات الخارجية.

## زمن الأسئلة

ما الزمن الضروري الذي يستغرقه اعتبار المريض بأنك قد أصبح مريضاً داخلياً في المستشفى؟

يجب على الموظف المسؤول عن تسجيل المريض أن يسأل المريض أو مرافقه إذا كان هو بذاته غير قادر على إعطاء المعلومات الضرورية ( كأن يكون طفلاً أو مسناً نسبياً .. ) ويتأكد من أن الأسئلة المطروحة واضحة ومفهومة من قبل من تتم معه المقابلة. ويكون كثير من الناس عصبيين ومتوترين ويجدون صعوبة في الإجابة على الأسئلة البسيطة عندما يحضرون إلى المستشفى أو العيادة الطبية. ولذلك يجب تركهم وإعطائهم زمناً للإجابة بعد استرخائهم وهدوئهم. ويجب أن تكتب المعلومات بوضوح ودقة في المكان المخصص لها ، وتسمح المعلومات التعريفية الدقيقة لفريق المستشفى من:

- إيجاد السجل الطبي للمريض ذاته عندما يعاود لمتابعة الرعاية الصحية.
- الربط بين قبول سابق للمريض أو لخدمة صحية خارجية والقبول الحالي باستخدام رقم السجل الطبي.
- إيجاد السجل الطبي الصحيح للمريض عندما يوجد عدة مرضى بالاسم ذاته.

### الخصائص الفريدة للمريض

لتعريف المريض نحتاج إلى إيجاد خاصية أو عدة خصائص فريدة له ، وإن نمط وعدد الخصائص الفريدة للمرضى يمكن أن تتغير من بلد لآخر وتعرف على أنها :

#### الشيء الذي يختص بالمريض ولا يتغير

ففي بعض الدول يستخدم اسم أم المريض قبل زواجها كشيء لا يتغير. وعلى أية حال يوجد في بعض الدول مرضى ممن يتلقون الرعاية الصحية لا يعرفون أسماء أمهاتهم قبل الزواج ولا تاريخ ولادتهم ، وكثيراً ما يكونون غير متأكدين من عمرهم بدقة. وتحتاج كل دولة إلى تحديد الخاصية الفريدة للمرضى والتي تساعد على تعريف كل مريض بعينه. وليس هناك من حدود لعدد الخصائص الفريدة للمرضى، وإن بعض الخصائص الفريدة المفيدة هي :

- رقم التعريف الوطني أو رقم التأمين الاجتماعي.
- تاريخ الميلاد.
- رقم التأمين الصحي.
- اسم الأم قبل الزواج.
- الاسم الأول للأم.
- الاسم الأول للأب.
- خصائص حيوية كبصمة أصابع اليد أو القدم في حالة حديثي الولادة.

#### ولا تعتبر الخصائص التالية فريدة:

- لا يعتبر مكان إقامة المريض خاصة فريدة لأنها قد تتغير.
- لا يعتبر عمر المريض خاصة فريدة لأنه قد يتغير (حسب ما يعطيه المريض).
- مع أن مكان الولادة الحقيقي لا يتغير ، لكنه لا يعتبر خاصة فريدة لأن معظم الناس يعرفون على أنه المكان الذي قدموا منه.

إن تعريف المريض الصحيح هو بداية الحصول على مجموعة سجلات طبية ذات كفاية وفعالية.

### زمن الأسئلة :

هل يستخدم تعريف المريض الفريد في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

إذا لم يكن كذلك فما الشيء المستخدم للتعريف ؟

هل تعاني من مشكلة تتعلق بتعريف المريض في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

ما المشكلة الرئيسية ؟

هل وجدت مريضاً له أكثر من سجل طبي نتيجة خلل في التعريف ؟

كيف يمكن تصحيح هذه المشكلة ؟

### نظام ترقيم السجلات الطبية

في كل حالة يتم فيها إجراء القبول يجب تسجيل بيانات تعريف المريض ووضع رقم لكل سجل طبي أو التحقق من وجود رقم سابق للسجل الطبي ذاته. والنظام الذي نناقشه أنه في حيث يكون للمريض سجل طبي في قبول ما فإن سائر القبولات التالية يجب أن تضم للسجل السابق في الإضبارة ذاتها (في المصنف الخاص بالمريض). ويعطى المريض رقماً لسجله الطبي في القبول الأول في المستشفى. ويستعمل هذا الرقم في القبولات التالية المتكررة أو الزيارات المستقبلية لتحديد المريض ذاته وسجلاته الخاصة به كاملة.

● وتختلف العبارة التي تطلق على هذا الرقم من مستشفى لآخر ومن بلد لآخر فيطلق عليها بعضهم "الرقم المستشفى" أو "رقم تعريف المريض" أو "رقم سجل الوحدة" أو "رقم السجل الطبي"، وفي هذا الدليل سنستعمل له اسم "رقم السجل الطبي".

● إن رقم السجل الطبي هو تعريف رقمي ثابت للسجل ويرتب بتسلسل رقمي متزايد بواسطة فريق القبول ويسجل على جميع نماذج السجل الطبي الخاص بالمريض. والنقطة المهمة في ذلك أن هذا الرقم هو المستخدم في ترتيب الأضابير وما فيها من سجلات. ولذلك يجب التأكد من صحة الرقم وأنه موجود على جميع نماذج السجلات الطبية الخاصة بالمريض.

لاحظ أن نظام ترقيم السجلات يعتمد على كيفية إعطاء الرقم للسجل الطبي، وأن أنظمة تعبئة وترتيب السجلات يتم بعد إعطاء الرقم.



## إجراءات ترقيم السجلات الطبية

- يجب أن يتم ترقيم السجلات الطبية بشكل تسلسلي متزايد يبدأ من الرقم ١، فمثلاً لو كان آخر رقم لسجل مريض ما ٣٤٢ فإن رقم سجل المريض الذي يليه في القبول ٣٤٣ ثم الذي يليه ٣٤٤ وهكذا ..
- إذا كان المريض قد قبل سابقاً بصفة مريض داخلي فعلى موظف القبول البحث وإيجاد الرقم القديم له عن طريق الدليل الرئيسي للمريض (انظر إجراءات السجلات الطبية الأساسية)، فإذا لم يجفّرثبيل المريض سابقاً فيثبت لسجله الرقم التالي لآخر رقم في السجلات. وحالما يتم تعريف المريض ويعطى رقماً غير مستعمل من قبل فإنه يصبح الرقم الخاص بقبول هذا المريض في القبول الحالي ثم التالي في المستقبل. ويعني ذلك أن هذا الرقم أصبح خاصاً بالمريض طيلة حياته ويجب ألا يعطى لمريض آخر. وحتى لو مات المريض فيجب ألا يعطى رقمه لغيره.
- إذا حدث خطأ بوجود رقمين للمريض وبالتالي وجود سجلين فيجب إلغاء الرقم الثاني لإزالة حالة التضاعف في السجلات والأرقام والمحافظة على الرقم الأول وجمع سجلات المريض كلها في مصنف واحد. وكما نوقش الأمر تحت بند الدليل الرئيسي للمريض يجب إيجاد مرجع متصلب للسجلات والأرقام المتضاعفة.

### السَّجِّلُ المُرَقَّمُ

كما ذكر سابقاً تسجل أرقام السجلات في سجل مرقم ترقيماً تسلسلياً هو الأصل في نظام الترقيم لتعريف المريض. وتكون أسماء المرضى على شكل لائحة رقمية تتضمن الأرقام المتعلقة بالمرضى، أي هو كتاب رقمي ذو ترتيب عددي متسلسل. وتعتبر هذه الطريقة بسيطة وسهلة في ترتيب الأضابير وضبطها.

تذكر:

مريض واحد ← رقم واحد للسجل الطبي = سجل طبي واحد

- يمكن أن يكون سجل الأرقام كتاباً محبوبك الأوراق أو ذو أوراق حرة لكنها تحبك وتثبت في نهاية كل عام لمنع ضياعها.

● إن استعمال سجل الأرقام مهم جداً لضبط تعريف المريض رقمياً . حيث يكتب اسم المريض إلى جانب الرقم مباشرة كما يسجل التاريخ إلى جانبها .

● يجب ألا يعطى رقم السجل مسبقاً لأن هذا الرقم يعطى للمريض عندما يأتي للمستشفى أول مرة وليس قبل ذلك .

الرقم	الاسم	التاريخ	مكان التسجيل
٣٤٢	عماد يونس	٢٠٠١ / ١ / ١٢	مكتب القبول
٣٤٣	سمير سعيد	٢٠٠١ / ١ / ١٢	مكتب القبول
٣٤٤	كامل شريف	٢٠٠١ / ١ / ١٣	مكتب القبول
٣٤٥	ليلى سامي	٢٠٠١ / ١ / ١٣	مكتب القبول
٣٤٦	نور عادل	٢٠٠١ / ١ / ١٤	غرفة الإسعاف
٣٤٧	مريم وليد	٢٠٠١ / ١ / ١٤	قسم السجلات الطبية

- في بعض المستشفيات أو البلدان تقع مسؤولية ترقيم السجلات الطبية على عاتق قسم السجلات الطبية، ويجب على باقي الأقسام أن تخبر هذا القسم عن الرقم الجديد .
- يجب مراقبة سجل الأرقام من أجل دقته وإتمامه .

### نقاط إضافية هامة حول ترقيم سجلات المرضى

تستعمل بعض البلدان رقماً فريداً موجوداً مسبقاً لتعريف المريض والسجل الطبي كرقم الهوية (بطاقة التعريف) والتي تستخدم لتعبئة السجل الطبي . وهذا غير منصوح به .

● إن رقم الهوية أو رقم التعريف الوطني يجب أن يستخدم ك معرف فريد للمريض وليس لترتيب السجلات الطبية، فرقم السجل الطبي يجب أن يسجل عند أول قبول كما يحافظ عليه في حالات القبول المتكررة التالية في المستشفى أو العيادة .

إن الطريقة التي يوضع بها الرقم يمكن أن تزيد من فعالية وكفاية النظام . فمثلاً عندما يتجاوز عدد الأرقام ٤ أو ٦ أرقام مثل ١٢٣٤٥ فعندئذ يمكن أن نكتب الرقم مجزئاً بشكل ١-٢٣-٤٥ ، ويبدأ كثير من المستشفيات الترقيم بستة أرقام وذلك بإضافة سلسلة من الأرقام الصفرية ، فمثلاً يكتب الرقم ١ بشكل : ٠٠٠-٠٠٠-٠١ ، إذ كثيراً ما يجد فريق الموظفين سهولة في تذكر الأرقام عند تجزئتها بشكل ثنائي على النحو المذكور .

### سجل القبول

أثناء القبول قد يكون لدى المريض سجل طبي وله رقم خاص به، ولذلك لا يوضع رقم جديد لسجله، ويجب أن تحافظ المستشفى على إصدار لائحة يومية بجميع القبولات التي تمت فيها في ذلك اليوم متضمنةً جميع المرضى المقبولين سواء كان قبولهم أول مرة أو ثاني مرة أو ثالث مرة أو رابع مرة والموجودين في لوائح سجل قبول المرضى، ومن هذا السجل يمكن استخراج لائحة يومية من جميع أنماط القبولات .

يحفظ سجل القبول في مكتب القبول ، وكما ذكرنا ترتب جميع القبولات في المستشفى أو مركز الرعاية الصحية بحسب التاريخ. وفي بعض البلدان يدون في هذا السجل تاريخ التخريج ، ومن الأهم أن يكون هناك سجل واحد يحتوي على جميع القبولات وتفاصيل التخريج ، وفي هذه الحالة لن تكون هناك حاجة لسجل مستقل للتخريج.

تذكر :

لا تخلط بين سجل القبول وسجل الترقيم

### محتويات سجل القبول

- اسم العائلة واسم المريض .
  - سبب القبول ( المرض الذي جاء بالمريض )
  - تاريخ القبول .
  - تاريخ التخريج .
  - تخرج حياً أم ميتاً .
  - تفاصيل أخرى كاسم الطبيب المعالج والجنس وتاريخ الولادة (العمر) والجناح ..
- إذا كان سجل القبول والتخريج مجتمعاً في سجل واحد .

### الربط بين قسم السجلات الطبية ومكتب القبول

يتم تنفيذ جميع ما ذكر سابقاً في مكتب القبول، ومن المثالي أن يكون هناك ربط بين قسم السجلات الطبية ومكتب القبول إذا كانا منفصلين. فمدير مكتب القبول يجب أن يكون قادراً على الوصول إلى المعلومات حول مريض قد تم قبوله سابقاً ويتم ذلك من خلال الدليل الرئيسي للمريض المحفوظ في قسم السجلات الطبية.

● كقاعدة عامة، يكون مدير السجلات الطبية مسؤولاً عن نظام الترقيم المستخدم في تعريف المريض والذي يستعمل أيضاً في ترتيب السجلات الطبية.

● وإذا وضعت الأرقام في مكتب القبول أو قسم الإسعاف أو قسم المرضى الخارجيين فإن مدير مكتب السجلات الطبية يعتمد على مديري هذه الأقسام للمحافظة على نظام ترقيمي للسجلات الطبية بشكل دقيق وفعال.

تذكر :

يجب ألا تخلط بين سجل الأرقام و سجل القبول.

- سجل الأرقام يعطي رقماً لكل مريض عند قبوله أول مرة في المستشفى لتعريف المريض وتعريف سجله الطبي وترتيب السجلات الطبية.
- سجل القبول سجل يدون فيه جميع الحالات المقبولة سواء كانت أول مرة أو أعيد قبولها مرة أخرى وكأنها حالة جديدة. ولذلك يستخدم سجل القبول لاستخراج إحصائيات القبول.

## زمن الأسئلة

هل تعطى أرقام للسجلات الطبية الخاصة بمرضى المستشفى الذي تعمل فيه ؟

---

إذا كانت الإجابة نعم فكيف تخصص وتوضع هذه الأرقام وماذا تسمى ؟

---

هل لديكم سجل أرقام ؟

---

إذا كان الأمر كذلك ، أين يحفظ هذا السجل ؟

---

وإذا لم يكن الأمر كذلك فكيف تعرف السجلات الطبية للمرضى ؟

---

هل تحتفظ المستشفى الذي تعمل فيه بسجل للقبول ؟

---

إذا كانت الإجابة لا فكيف يمكنك معرفة الحالات المقبولة يومياً ؟

---

## لائحة القبول اليومي

---

في العادة يعد مكتب القبول لائحة بالمرضى المقبولين يومياً تتضمن الاسم الكامل للمريض ورقمه والجناح الذي أرسل إليه. وترسل نسخة من هذه اللائحة إلى قسم السجلات الطبية للتأكد من إنتاج بطاقات الدليل الرئيسي لجميع المرضى الجدد المقبولين حديثاً. وهذا ما يفسر لنا لماذا يكون من الأفضل لمريق قسم السجلات الطبية أن يضبط سجل الأرقام. كما ترسل لائحة إلى مكتب الحسابات والاستعلام.

---

## الصفحة الأمامية

---

تجمع بيانات التعريف وتسجل في الصفحة الأمامية وهو النموذج الأول في السجل الطبي. كما تسجل المعلومات على بطاقة القبول ، ويتم إنجاز هذا العمل في الوقت ذاته. في بعض البلدان باستخدام ورقة كربونية للحصول على نسخة ثانية ولتجنب الأخطاء اللاحقة. وترسل الصفحة الأمامية مع المريض إلى الجناح (مع السجل الطبي القديم إذا كان موجوداً) ، وترسل بطاقة القبول إلى قسم السجلات الطبية لإعداد بطاقة الدليل الرئيسي للمريض. كما أن مكتب الحسابات قد يحتاج أيضاً إلى هذه المعلومات ، وقد ترسل بطاقة القبول إلى هناك أولاً لمعالجتها قبل أن ترسل إلى قسم السجلات الطبية.

نماذج التعريف البسيطة :

يحتوي القسم العلوي من الصفحة الأمامية على تفاصيل تتعلق بالمريض وهو القسم الذي يستعمل في بطاقة القبول).

اسم العائلة والاسم الأول للمريض	رقم السجل الطبي
عنوان المنزل	
الجنس	تاريخ الولادة ( و العمر )
المعرف الفريد للمريض	تفاصيل الضمان / الائتمان المالي
مصدر التحويل	

ويحتوي القسم السفلي من الصفحة الأمامية على التفاصيل الطبية عن المريض موثقة من قبل الطبيب عند تخريج المريض.

التشخيص الأساسي..... كود ICD

وجود تشخيصات أخرى..... كود ICD

العمليات المجراة..... كود ICPM

السبب الخارجي للأذية أو الإصابة..... كود ICD

التخريج ( حياً أو ميتاً ).....

توقيع الطبيب المعالج.....

## الفصل الخامس

### تصميم الإجراءات



فريق الموظفين يعمل على السجلات الطبية

هناك حاجة لعدة إجراءات أساسية على السجلات الطبية لتحقيق خدمات فعالة وكافية على السجلات الطبية. وقبل معالجة إجراءات السجلات الطبية النوعية يجب أن نلقي نظرة على كيفية إنشاء الإجراءات والخطوات المطلوبة لذلك.

#### هناك خطوات يجب اتخاذها عند القيام بإجراء ما ، وتشمل :

- تحديد العدد الأدنى من الخطوات اللازمة لتنفيذ الإجراء.
- تحديد أفضل تابع لإنجاز الخطوات ، فالخطوات المشابهة أو المتعلقة ببعضها يجب أن تجمع سوية.
- مراجعة الخطوات ضمن الإجراء المخطط له بحيث تتأثر بالتغيرات التي تحدث في الإجراءات الأخرى.
- اختبار الإجراء قبل تطبيقه يومياً ومحاولة اكتشاف أي مشاكل فيه.
- مراجعة وتقييم الإجراء بعد أن يطبق عدة أسابيع.

يجب إنجاز جميع الإجراءات كتابياً ، مع وصف مرحلي مفصل خطوة بخطوة. ويجب أن يتضمن جميع النماذج المصححة الكاملة عندما تكون مناسبة. ويجب إعطاء جميع الموظفين نسخة مكتوبة من الإجراء الذي سيسألون عنه. ويجب إملأ نسخة من جميع الإجراءات وبدليل الإجراءات الذي يتمثل بلائحة تفصيلية عن جميع الإجراءات المحفوظة على شكل أوراق حرة مرتبطة ببعضها لتسهيل تحديثها وسهولة الرجوع إليها. ويجب مراجعة جميع الإجراءات لمعرفة إنجازها الحقيقي وفق الأسس النظامية.

## زمن الأسئلة

هل لديك لائحة الإجراءات في قسم السجلات الطبية ؟

---

إذا كان الأمر كذلك فما هي هذه الإجراءات ؟

---

هل هي حديثة صالحة حتى الوقت الحاضر ؟ وإذا الأمر كذلك فمن الذي قام بتحديثها ؟

---

هل يرجع فريق الموظفين في المستشفى الذي تعمل فيه إلى دليل الإجراءات المكتوبة ؟

---

## الفصل السادس

### الإجراءات الأساسية في السجلات الطبية



فريق الموظفين يعمل على السجلات الطبية

هناك خمسة إجراءات مطلوبة من فريق قسم السجلات الطبية سنناقشها في هذا الفصل وتشمل :

- الدليل الرئيسي للمريض .
- إجراءات التخريج .
- الترميز بعد التخريج .
- إجراء التعبئة والترتيب .
- تجميع إحصائيات المرضى .

### الدليل الرئيسي للمريض

إن أول إجراء يجب أن ننظر فيه هو استحداث مهنرسيب أو دليل رئيسي للمريض والمحافظة عليه . ويدعى أيضاً الدليل الرئيسي للمريض MPI . وهو أحد أهم الإجراءات في قسم السجلات الطبية ويسبب حدوث الخطأ في هذه المرحلة انخفاضاً شديداً وتاماً في فعالية وكفاية القسم .

أثناء قبول المريض يقوم أحد أفراد فريق قسم السجلات الطبية المسؤول عن تعريف المريض وإجراء الدليل الرئيسي له بالتحري عما إذا كان المريض داخلياً أو خارجياً (إذا كانت سجلاته الطبية مجموعة سوية) وله رقم خاص بسجل طبي . ويتم ذلك بوساطة :

- استعلام هاتفي من موظف القبول إلى قسم السجلات الطبية (حيث تكون بطاقة الدليل الرئيسي للمريض محفوظة في هذا القسم) للبحث عن بطاقة باسم هذا المريض وفيما إذا كان قد أدخل المستشفى سابقاً وله سجل برقم معين .
- إذا كان الجواب نعم فيعطى الرقم لموظف القبول لتسجيله على الصفحة الأمامية من السجل الطبي للمريض .
- إذا كان الجواب لا فإن موظف القبول سيسجل رقماً جديداً للسجل الطبي يتلو آخر رقم مسجل للمريض السابق ، وهو رقم غير مستعمل في سجل الأرقام .

يرسل المريض إلى الجناح المناسب مع الصفحة الأمامية من السجل الطبي ، وهذه هي بداية السجل الطبي للمريض . وفي نهاية كل يوم يجب أن يكون هناك إجراء تأكيد على إرسال إشعار قبول المريض إلى قسم السجلات الطبية للقيام بإجراء الخطوة الهامة التالية .

والخطوة التالية هي تحضير بطاقة الدليل الرئيسي للمريض .

كيف نجد بطاقة المريض مرة ثانية ؟



## المفتاح موجود في بطاقة الدليل الرئيسي للمريض .

### بطاقة الدليل الرئيسي للمريض

● يقوم بإعداد بطاقة الدليل الرئيسي للمريض فريق السجلات الصحية المسؤول عن إجراءات القبول في قسم السجلات الطبية وهذه البطاقة مفتاح تحديد السجل الطبي . وفي الأنظمة اليدوية يكون الدليل على شكل بطاقة ، لكنه يمكن أن يكون مبرمجاً حاسوبياً .

● تحتوي بطاقة الدليل الرئيسي للمريض على المعلومات الضرورية فقط واللازمة لتعريف المريض وتعيين بطاقته الصحية . ويجب ألا تحتوي على أية معلومات طبية .

وتشتمل المعلومات على :

- الاسم الكامل للمريض ، واسم الأسرة مع الاسم الأول لها ( الكنية ) .
- العنوان الكامل للمريض
- رقم التعريف في المستشفى ، أي رقم السجل الطبي
- جنس المريض وتاريخ ولادته .
- اسم الأم قبل الزواج أو صفة فريدة للمريض أو كليهما .

تذكر :

لا يسجل عمر المريض على بطاقة الدليل الرئيسي له ، لأنه قد يكون مقدرًا تقديراً أو متغيراً .

يجب أن تسجل جميع هذه المعلومات بدقة ، ويكتب اسم المريض بحروف كبيرة واضحة ، ويمكن أن تسجل المعلومات باليد أو بالآلة الكاتبة .

الخطوط الأساسية في بطاقة الدليل الرئيسي للمريض :

الاسم الكامل ، مع اسم العائلة أولاً ( الكنية )	رقم السجل الطبي
عنوان الإقامة الحالي / مدينة أو قرية	تاريخ الولادة :
	الجنس :
صفة فريدة ١ :	صفة فريدة ٢ :
صفة فريدة ٣ :	صفة فريدة ٤ :

مثال على بطاقة الدليل الرئيسي للمريض

ويلين ماري	٥٦-٣٤-١٢
١٤ - لكسايد درايف لاكما - MSW - ٢٢٤٦	الولادة: ١٩٥٨ / ١٠ / ١٧ الجنس: أنثى
اسم الأم قبل الزواج: ستيوارت	رقم الهوية الشخصية ٦٥٤٣ ٩٤٥٦
اسم الأب: جون ويلين	رقم الضمان الصحي: ٣٤٥١٢٣ W

ويظهر المثال التالي في بعض الدول يسجل تاريخ القبول والتخريج في كل مرة على بطاقة الدليل الرئيسي للمريض ( على الوجهين في حالات الضرورة ) :

ويلين	ماري	٥٦-٣٤-١٢
١٤ - لكسايد درايف لاكما - MSW - ٢٢٤٦	رقم الهوية الشخصية: ٦٥٤٣ ٩٤٥٦	الولادة: ١٩٥٨ / ١٠ / ١٧ الجنس: أنثى
اسم الأم قبل الزواج: ستيوارت	تاريخ الخروج ١٩٩٧/١/١٨ ١٩٩٩/٥/٢٢ ١٩٩٩/١١/١٢	رقم الضمان: ٣٤٥١٢٣W
تاريخ القبول ١٩٩٧/١/١٥ ١٩٩٩/٥/١٩ ١٩٩٩/١١/٢		

تذكر:

.....

يجب تعبئة بطاقة الدليل الرئيسي للمريض مباشرة ، ويمكن كتابتها يدوياً أو بالآلة الكاتبة .

### نقاط هامة حول بطاقة الدليل الرئيسي للمريض

- يجب أن يكون قياس بطاقة الدليل الرئيسي للمريض ٦.٧ X ٥.١٢ سم ( مسطحة أو ملفوفة ) .
- يجب أن يكون لكل مريض بطاقة مستقلة .
- ترتب البطاقات في درج البطاقات بترتيب ألقبائي متصاعد ، ومن المفضل أن يكون درج البطاقات جزءاً من خزانة كبيرة ويصنع درج البطاقات من الخشب أو المعدن ، ويجب ألا يتجاوز طوله ٥٠ سم .
- من المهم أن تكون الأدراج غير ممتلئة بشكل كبير جداً ، لأن ذلك يسبب صعوبة في إدخال البطاقة أو استخراجها مما يتسبب في حدوث أخطاء محتملة .
- يجب استخدام ترتيب الأسماء في دليل الهاتف المحلي كمرشد لترتيب الأسماء في بطاقات دليل المرضى الرئيسي ضمن الدرج .

## إرشادات في الترتيب الأبفبائي في بطاقات دليل المرضى الرئيسي

- ضع الكنية أولاً (ثم الاسم الممنوح) ثم اسم المريض ثم اسم الأب . وترتب البطاقات ألفبائياً تصاعدياً .
- إذا تطابقت الكنية واسم المريض ينظر إلى اسم الأب ، ويتم الترتيب ضمن المجموعة وفق اسم الأب ألفبائياً تصاعدياً . وإذا لم يعتمد اسم الأب أو كان متماثلاً يعتمد تاريخ الولادة وترتيب بحيث يكون الأكبر أولاً ثم الأصغر سناً
- إذا لم تكن متأكداً من ذلك يتم اعتماد طريقة دليل الهاتف المحلي في ترتيب البطاقات . فمثلاً في ترتيب دليل الهاتف في بعض الدول إذا كان اسم الشخص St. John يعتمد الترتيب الأبفبائي في الدليل S-A-I-N - T-J-O-H-N .
- إذا كان بين الاسمين رابط بخط صغير تكون التهجئة الأبفبائية بحذف هذا الخط ، مثلاً :  
Chrichton-Brown تكون تهجئتها CHRICHTONBROWN
- الأسماء ذات اللقب الديني المسبق مثل : الأب ، الأخت ، الشيخ .. ترتيب بحسب الكنية ويعتبر اللقب غير موجود . مثلاً : Sister MaryAnges Brown ترتب تحت ،  
BROWN Mary Anges
- كقاعدة عامة يقدم المختصر على غير المختصر ( واللاشيء قبل الشيء ) ، مثلاً :  
M.Brown Anges تقدم على Mary Anges Brown ، ويأتي J.Johes قبل John Jones ويقدم A.Lee على Ann Lee ، ويطبق الأمر تماماً كما في حالة تقديم Ann Lcc على ...Anna Lee

## إرشادات حول بطاقة الدليل الرئيسي للمريض

- يجب أن يكون هناك دلائل كافية لضمان سرعة الوصول إلى البطاقة ، وكقاعدة عامة يجب أن يكون هناك دليل مستعمل كل ١٠ سم .
- يجب أن يحتوي كل درج على ١٠ دلائل . ويستعمل الدليل لإظهار المقاطع الفرعية ضمن الدرج . والدليل هو بطاقة ذات جزء بارز يرتفع فوق مستوى باقى البطاقات .

٢ ب

- يجب أن ترتب كل مجموعة ضمن الدرج ترتيباً ألفبائياً ، فقسم ب يرتب كما يلي :

با  
بث  
بج

بب  
بج  
بي

## بطاقات المرجع التصالبي أو " انظر أيضاً" في بطاقات الدليل الرئيسي للمرضى :

● إذا تغير اسم المريض واختلف عن القبول الأول ، عندئذ يجب إنشاء بطاقة المرجع التصالبي لتدل على الاسم السابق. مثلاً : إذا قبلت المريضة في المستشفى باسم إيلين ماري سميث وكانت سابقاً مقبولة باسم مختلف مثل إيلين ماري جونز ، ففي هذه الحالة ننشيء بطاقة تصالبيه لقبولها السابق باسم إيلين ماري جونز. وتراجع معلومات البطاقة الأصلية وتدخّل على البطاقة الجديدة باسم إيلين ماري سميث. ونكتب على البطاقتين إشارة مرجعية مثل - انظر - ثم نكتب الاسم الآخر على البطاقة المقابلة:

مثلاً : جونز ، ماري إيلين - انظر - سميث ، ماري إيلين

### زمن الأسئلة :

ما الأسماء المتشابهة في بلدك لفظاً و تكتب بشكل مختلف ؟

تذكر :

.....

إذا لم تضع البطافه في مكانها الصحيح فستقع أخطاء كبيرة ، إذ قد يتم التدوين على البطاقة الخطأ . ولذلك كن حذراً ودقق جيداً فذلك أساسي .

## إجراءات التخريج

يجب أن يكون فريق السجلات الطبية المسؤول عن إجراءات تخريج المريض مدرباً بشكل جيد لضمان إتمام السجلات الطبية فوراً وبشكل صحيح.

### استلام السجلات الطبية

تبدأ إجراءات التخريج اعتباراً من استلام السجلات الطبية للمرضى المخرجين أو المتوفين. ● يجب إرسال السجلات الطبية للمرضى المخرجين أو المتوفين إلى قسم السجلات الطبية من قهليل فريق الجناح في يوم التخريج أو الوفاة، أو في صباح اليوم التالي. ويقوم فريق قسم السجلات الطبية في بعض البلدان بجمع سجلات المرضى المخرجين أو المتوفين من الأجنحة في ساعة معينة من كل يوم. ويجب تعيين الزمن اللازم لفريق قسم السجلات الطبية ومكان جمع السجلات المركزي. فإذا تم تعيين ذلك يأخذ فريق الجناح جميع سجلات المرضى المخرجين أو المتوفين إلى مكان جمع السجلات المركزي في الزمن المحدد من كل يوم لتسليمها إلى فريق قسم السجلات الطبية.

● في كثير من البلدان يكون فريق مكتب القبول أو مكتب الأعمال ( المشغولية ) مسؤولاً عن إحصاء الأسرة اليومي الذي يتلقونه من كل جناح في مطلع كل يوم. وانطلاقاً من نماذج إحصاء الأسرة يكون الفريق قادراً على إعطاء تفاصيل مسجلة عن حالات التخريج والوفيات ويعدون لائحة التخريج اليومية. وإن هذه اللائحة مهمة، ويجب مضاعفتها وإرسال عدد منها إلى عدد من الأقسام في المستشفى كالمحاسبة والمطبخ والاستعلامات وقسم السجلات الطبية.

● يجب حفظ لوائح التخريج بحسب ترتيب التواريخ في قسم السجلات الطبية، ويجب أن تحتوي اللائحة على اسم المريض وعمره والطبيب المعالج والجناح والخدمات المقدمة كأن تكون طبية أو جراحية أو توليد أو تقويم عظمي. وفيما إذا كان المريض حياً أم ميتاً. وتستخدم لائحة التخريج عادة لحساب إحصائيات المرضى الداخليين في المستشفى.

● باستخدام لائحة التخريج يمكن للفريق المسؤول عن إجراءات التخريج في قسم السجلات الطبية التأكد من أن جميع السجلات الطبية للمرضى المخرجين ( أحياء وأمواتاً ) قد تم استلامها في اليوم السابق. وإذا فقد أي سجل فيجب الاتصال بالجناح لسؤالهم عنه. وفي حال تخريج المريض يجب أن يعاد سجله حالاً قسم سجلات المرضى فوراً. وما لم يتم ذلك فيمكن أن يضيع أحد السجلات. وعندما لا يكون المريض في الجناح فقد يوجد سجله في غير موضعه.

### زمن الأسئلة

هل تتلقى لائحة المرضى المخرجين يومياً ؟

إذا كانت الإجابة نعم فهل تستخدمها للتأكد من أن جميع سجلات المرضى المخرجين أو المتوفين قد تم استلامها؟

إذا لم يكن الأمر كذلك كيف تتأكد من استلام جميع السجلات الطبية للمرضى المخرجين ؟

١ - انظر المراجع الموجودة في نهاية الكتاب ( صفحة ٩٠ ) حول لائحة بالموارد المستعملة في هذا الدليل الإرشادي.

## سجل الوفيات

تحتفظ بعض المستشفيات بسجل وفيات المرضى على شكل لائحة مرتبة بحسب التاريخ لجميع المرضى الداخليين الذين يموتون في المستشفى أو مركز الرعاية الصحية، ولا يتضمن السجل الأشخاص الذين يموتون عند وصولهم إلى المركز قبل إدخالهم المستشفى رسمياً، ولا يشمل أيضاً المرضى الخارجيين أو الذين يموتون في غرفة الإسعاف. وبذلك يتضمن سجل الوفيات فقط المرضى الذين حدثت وفاتهم بعد دخولهم المستشفى - أو أي مرفق طبي آخر - رسمياً أو مكثوا فيه.

يتضمن سجل الوفيات المعلومات التالية المتعلقة بالمريض :

- الكنية والاسم
- العمر والجنس
- عنوان المنزل
- الطبيب المعالج والجناح
- سبب الوفاة حسب تقرير الطبيب المقدم للرعاية والمدون على شهادة الوفاة (انظر التعاريف في جمع إحصائيات المرضى الداخليين).

## إجراءات إتمام السجل الطبي

- يفحص الموظف المسؤول عن التخريج في قسم السجلات الطبية جميع نماذج السجلات الطبية للتأكد من وجودها كلها. فمثلاً إذا أُجري للمريض عملية جراحية يجب أن يكون تقرير العملية موجوداً في السجل. بالإضافة إلى ذلك يجب أن تكون جميع الملاحظات التطورية اليومية والملاحظات التمريضية والنماذج الباثولوجية والشعاعية.. كلها موجودة. كما يجب أن تكون هناك ملاحظة أو تعبير يدل على تخريج المريض من قبل الطبيب المعالج وكيف ستكون متابعته مستقبلياً.
- بعد ذلك يرتب الموظف النماذج الطبية الترتيب الصحيح المطلوب ( إذا لم تكن مرتبة - انظر ترتيب النماذج ). وفي حالة المريض الجديد يثبت السجل الطبي ضمن المصنف بوساطة مشبك أو مثبت ويكتب على المصنف اسم المريض ورقم سجله الطبي بشكل واضح. وأما إذا كان للمريض قبول سابق في المستشفى فتسترجع السجلات القديمة ويوضع السجل الجديد خلفها بعد العزل بينهما بفاصل مقسم يتناسب مع القبول الأخير.
- وعلى الموظف أن يتأكد من إتمام الطبيب للقسم السفلي من الصفحة الأمامية، وفيها يوضع التشخيص الرئيسي مع أي حالة أخرى عولجت أثناء المكوث في المستشفى. ويعرف التشخيص الرئيسي على أنه التشخيص الذي استقر اعتماده بعد الدراسة لتفسير حالة المريض الذي راجع المستشفى أو مرفق الرعاية الصحية من أجلها وقدمت له الرعاية لشفائها (حسب هوفمان ١٩٩٠). ويختلف هذا التعريف من بلد لآخر والمهم أن تحدد التعريف المقرر في بلدك.
- بالإضافة إلى ذلك، على الموظف أن يتأكد من تسجيل جميع العمليات أو الإجراءات الأخرى التي أجريت للمريض مع وجود التقرير الخاص بها، وأن الطبيب المعالج قد وقع على الصفحة الأمامية. وإن وجود توقيع الطبيب مهم جداً لأنه يدل على أن الطبيب قد أنهى السجل الطبي وتحمل مسؤولية محتوياته.
- وفي بعض المستشفيات أو البلدان يطلب تسجيل ملخص تخريج، فإذا كان الأمر كذلك في بلدك فيجب لفت نظر الطبيب المسؤول لكتابة ملخص تخريج إن لم يكن موجوداً.

## ملخص التخرير

هو ملخص يكتبه الطبيب المعالج حول نتائج مكوث المريض في المستشفى، وإن أقل التفاصيل المطلوبة في ملخص التخرير يجب أن تحتوي على :

- تعريف المريض
- سبب القبول
- الفحوص والموجودات
- المعالجة في المستشفى
- المتابعة المقترحة .

يمكن كتابة الملخص على نموذج قبل الطباعة ( مسودة) أو ورقة عادية ثم يكتب على الآلة الكاتبة أو معالج الكلمات الحاسوبي في قسم السجلات الطبية .  
في كثير من البلدان يكتب الطبيب المعالج ملخص التخرير على نسختين توضع الأصلية في السجل الطبي وتعطى الأخرى للمريض ليقدمها لطبيبه المحلي لمتابعة المعالجة .  
يجب أن يبقى السجل الطبي في قسم السجلات الطبية ثم يطلب الطبيب المعالج إلى القسم لإتمام كتابة الصفحة الأمامية وملخص التخرير ( إذا تطلب الأمر ذلك ) .

### تذكر :

يجب عدم ترك السجل الطبي للمريض في الجناح بقصد إتمامه لأنه قد يحدث خطأ وضعه لمريض آخر عندما يتم تخرير المريض .

عندما يتم إتمام السجل الطبي من قبل الطبيب فعلى الفريق المسؤول عن الترميز أن يرمز الأمراض أو الإصابات أو العمليات المذكورة في الصفحة الأمامية من السجل الطبي . ( انظر الترميز بعد التخرير) .

إذا كان مدير السجلات الطبية مسؤولاً عن جمع إحصائيات الرعاية الصحية فيجب تجميع السجلات بأسرع ما يمكن بعد إتمامها . ويجب أن يتم ذلك بالطريقة المنهجية الرسمية المقررة من قبل المستشفى . وتطلب المستشفى والسلطات الصحية عادة التفاصيل المتعلقة بالتشخيص الرئيسي والجنس والعمر وحالة الخروج حياً أم ميتاً .

### الترميز بعد التخرير

يجب أن يكون الفريق المسؤول عن الترميز مدرباً رسمياً بإجراء دورات تدريبية على الترميز وذلك على المستوى المحلي أو الإقليمي . ولا يجوز أن يقوم بالترميز إلا الفريق المدرب جيداً على ذلك .

وفي الوقت الحاضر يعتمد التصنيف الدولي الإحصائي للأمراض والمشاكل الصحية المتعلقة بها - المراجعة العاشرة ( ICD-10 ) - أو التصنيفات المتوافقة معه - في كثير من الدول لترميز الأمراض والإصابات والأسباب الخارجية للإصابات . بينما كان التصنيف المستخدم في معظم الدول قبل عام ٢٠٠٠ هو : 9- ICD أو CM- ICD-9 . كما ترمز العمليات الجراحية وفق التصنيف الدولي للعمليات في الطب ICPM . أو نظام التصنيف المستخدم حالياً في كل دولة .



## إجراءات الترميز

يعتبر الترميز إجراء هاماً، فالمعطيات المجموعة في هذا الوقت تعطي المستشفى والسلطات الحكومية (مثل وزارة الصحة) المعلومات المطلوبة ليس فقط للاطلاع على خدمات المستشفيات الواقعة تحت سلطتهم بل للتخطيط من أجل المستقبل أيضاً. كما تسمح للحكومة بالإضافة إلى ذلك أن تجمع المعطيات حول الحالة الصحية للمجتمع وتقدم إحصائيات صحية وطنية مفصلة. وفي بعض الدول تحدد وزارة الصحة فيما إذا كانت بحاجة لمستشفيات تقدم فقط معلومات حول التشخيص الرئيسي أو جميع التشخيصات التي تمت معالجتها. وعليك أن تكون منتهياً للمطلوب في بلدك :

- لا بد من اتخاذ قرار في كل دولة حول طريقة الترميز فيما إذا كانت تستخدم رموزاً بأرقام ثلاثية أو رباعية بالاعتماد على التصنيف الدولي للأمراض ICD-10، ويجب أن يتخذ القرار من قبل المتخصصين بالإحصاء الصحي أو المتخصصين في البوابات بمشورة وزارة الصحة أو الأقسام الصحية ويجب أن تعتمد على المستوى النوعي المطلوب، ومرة أخرى أنت بحاجة لمعرفة ما المطلوب في بلدك.
- وقبل إجراء الترميز يجب على رئيس السجلات الطبية التأكد من فحص السجل الطبي للتأكد من وجود جميع النماذج وأن الطبيب قد أتم إنجاز السجل. وهذا يعني أن التشخيص الرئيسي قد دون على الصفحة الأمامية مع وجود توقيع الطبيب. وعندئذ يمكن للموظف المسؤول عن الترميز أن يتابع ذلك باعتماد التصنيف العالمي للأمراض ICD-10 أو النظام المطبق في بلدك إذا كان مختلفاً عنه.
- وإذا قررت الحكومة ترميز التشخيص الرئيسي فقط فعلى الموظف إيجاد رموز التشخيص الرئيسي وتسجيله على الصفحة الأمامية في المكان المناسب له.

## تذكر :

- إن تعريف التشخيص الرئيسي يختلف من بلد لآخر، ولذلك تأكد من أنك تستخدم التعريف الصحيح.
- إذا كان المطلوب ترميز جميع الأمراض أو الإصابات المذكورة فعلى الموظف المسؤول عن ذلك أن يقوم بالإجراء ذاته.
- إذا كان قرار الدولة عدم ترميز الأسباب الخارجية للإصابات فعليك أن تتأكد من ذلك ويجب في هذه الحالة تطبيق ما هو مقرر.
- كما ذكر سابقاً، إذا كان يجب ترميز العمليات الجراحية فإن التصنيف الدولي لها ICPM هو المستعمل ذلك غالباً. ولكن تعتمد بعض الدول على تصنيف محلي للعمليات، فإذا كان الأمر كذلك فعليك استخدام النظام المحلي.
- نأكد من ترميز جميع السجلات الطبية للمرضى المخرجين وأن جميع الأسماء في لائحة التخرج قد تم تأشيرها بعد انتهاء الترميز. وإن أي اسم لم يتم تأشيرها في نهاية الشهر فيجب تعيين السجل الطبي غير المؤشر والقيام بترميزه.
- عندما يتم ترميز السجل الطبي فيجب جمع المعطيات الإحصائية المطلوبة من قبل المستشفى أو وزارة الصحة، خاصة البيانات المتعلقة بالتشخيص الرئيسي لجميع المرضى المخرجين أو المتوفين وتسجيل هذه الإحصائيات في تقرير إحصائي تحليلي شهري، أو وفق نموذج مقرر من قبل المستشفى أو الوزارة.
- عند الانتهاء من الترميز يجب وضع الإضارة في مكانها المناسب مرتبة بحسب رقمها في منطقة وضع الأضابير من قسم السجلات الطبية.



## جمع المعطيات الصحية المرمزة

لماذا نرزم السجلات الطبية ؟

ترمز السجلات الطبية للتمكن من استعادة المعلومات حول الأمراض، والإصابات. ففي معظم الدول تستخدم البيانات المرمزة لجمع الإحصائيات حول نمط الأمراض والإصابات ونسبة حدوثها. وتستخدم هذه المعلومات على المستوى الوطني للتخطيط من أجل مرافق الرعاية الصحية وتحديد عدد الموظفين المطلوبين لها وتنقيف السكان حول المخاطر الصحية ضمن كل دولة. وتستخدم على المستوى الدولي لمقارنة الحالة الصحية بين الدول في الأقاليم أو عالمياً .

### زمن الأسئلة

كيف تجمع المعطيات المتعلقة بالتشخيص الرئيسي في بلدك ؟

---

هل تستخدم التصنيف الدولي للأمراض ICD -10 في ترميز السجلات ؟

---

إذا لم يكن الأمر كذلك فما الترميز الذي تعتمد عليه ؟

---

هل ترمز العمليات ؟

---

إذا كانت الإجابة نعم فما الترميز الذي تستخدمه ؟

---

إذا كنت تقوم بترميز السجلات فكيف تستعمل المعلومات المرمزة ومن الذي يقوم بذلك ؟

---

### فهرس الأمراض والعمليات

تجمع المعطيات في بعض الدول على مستوى المستشفى أو الولاية أو المقاطعة لأغراض البحوث الطبية ويتم ذلك بإنشاء فهرس للأمراض والعمليات التي تمت في المستشفى .

● يشتمل فهرس الأمراض على لائحة بالأمراض والحالات والإصابات باستخدام الرقم الراموزي الخاص بكل مرض أو حالة أو إصابة بحسب نظام الترميز المستخدم في المستشفى .

● يشتمل فهرس العمليات على لائحة بالعمليات التي تمت في المستشفى بحسب الرقم الراموزي الخاص بكل عملية . وهي كلا الحاليتين تكون الفهرسة بسيطة وتحافظ على الرقم الراموزي للمرض أو الإصابة أو العملية باستخدام نظام البطاقات ( إلا في حالة استخدام البرامج الحاسوبية) .

## الإجراء

● يوضع كل رقم سجل مريض في البطاقة ذات الرموز المرضي المناسب للتشخيص الرئيسي الموجود فيها، فمثلاً باستخدام التصنيف الدولي للأمراض ICD-10 يوضع رقم سجل المريض ذو التشخيص الرئيسي : التهاب زائدة دودية حاد مختلط بالانتقاب في البطاقة ذات العنوان K٣٥,٠. ( رموز التهاب الزائدة الدودية الحاد مع الانتقاب ). وكذلك يجب أن يوضع في البطاقة اسم الطبيب المعالج، والخدمة التي كان المريض يعالج بها ( طبية دوائية، جراحية، عظمية تقويمية .. )، وعمر المريض وجنسه والنتائج النهائية للمعالجة ( حياً أم ميتاً ).

● لتمكين الموظفين القائمين بالدراسة الصحية في إيجاد السجلات الطبية لجميع المصابين بنوع معين من الأمراض، كالتهاب الزائدة الحاد مع الانتقاب، أو الإصابات أو الذين أجريت لهم عمليات خاصة حيث تملأ البطاقات برقم الرموز الخاص بالمرض أو الإصابة أو العملية ..

يجب أن تعتمد القرارات الخاصة بتهيئة الدليل المرضي على :

- كم مرة ومن أجل أي هدف تطلب المعلومات ؟
- من الذي يحتاج هذه المعلومات ؟
- من الذي يستخدم المعلومات ؟

يمكن أن تستخدم معلومات الأمراض المفهرسة من أجل :

- مراجعة الحالات السابقة لمرض معين.
- لإجراء بحث حول مرض معين أو تقديم رسالة علمية.
- للحصول على معلومات حول استخدام مرافق المستشفى.
- لتقييم جودة الرعاية الصحية.
- لتحري الدراسات الوبائية ومكافحة الأمراض العدوائية ( السارية ).
- لتقديم المادة الثقافية لطلاب المهن الصحية ومؤتمرات الفريق الصحي.

## زمن الأسئلة

هل يمكن لأي شخص في المستشفى الذي تعمل فيه أن يستعمل سجلات المرضى من أجل البحوث؟

إذا كان الأمر كذلك هل هناك فهرس أمراض ؟

وإذا لم يكن الأمر كذلك كيف يمكنك تحديد السجلات الخاصة بمرض معين ؟

كيف تجسّز تبيّن المعطيات المركزة في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

## وضع السجلات في مكانها المناسب

قبل النظر في إجراء وضع السجلات في مكانها المناسب يجب النظر أين توضع هذه السجلات. فمن المهم عند التخطيط الدقيق تحديد مكان وضع السجلات الطبية.

## مكان ملفات السجلات الطبية

يجب أن يكون هناك مكان واسع للسجلات الطبية ويجب أن يكون نظيفاً ثابتاً ذو إنارة جيدة، ويجب أن يحتوي على طاولات مكتبية لعمل الموظفين بقصد فرز السجلات الطبية وتصميم القوائم ومكاناً واسعاً للسجلات المعدة لترتيبها ووضعها في مكانها المناسب أو السجلات التي يجب إتمامها.

ما المجال الذي نحتاج إليه لوضع الملفات الطبية ؟

من السهل حساب الحيز المطلوب للسجلات الطبية

- قم بقياس رف ممتلئ
- احسب عدد الملفات الموجودة على الرف
- احسب عدد الملفات لكل متر طولي.
- احسب عدد الملفات التي أنشئت في آخر عام.
- احسب عدد الأمتار الطولية المطلوبة لكل عام.

يمكن في هذه الحالة حساب الأمتار الطولية اللازمة لسنة أو خمس سنوات أو عشر سنوات. في كثير من الدول النامية حيث يميل السجل الطبي أن يكون سجلاً صحيحاً للمريض من الولادة حتى الممات ولذلك لا بد أن يحتاج مكان السجلات الطبية مساحة أكبر.

## رفوف التعبئة / الخزائن

- يجب استعمال رفوف للتعبئة وليس خزائن.
- الرفوف الخشبية جيدة جداً ويمكن صنعها بوساطة نجار المستشفى، كما أن الرفوف المعدنية ممتازة أيضاً باستثناء المناطق الساحلية أو الرطبة لاحتمال تشكل الصدأ عليها. ويمكن اختيار رفوف التعبئة المعدنية لكنها ستكون أعلى سعراً.
- يجب ألا تستخدم رفوف التعبئة التكدسية للملفات الطبية الكثيرة الاستعمال (الفعالة)، ولكن يمكن استخدامها في الغرف الثانوية للملفات الخاملة (غير النشط). ويعتبر السجل الطبي فعالاً طالما أنه يستخدم كثيراً لرعاية المريض وأما السجل الطبي الخامل (غير النشط) فهو ملف المرضى الذين لم تتم رعايتهم في المستشفى عدة سنوات بعد تخرجهم.
- يجب أن يكون هناك مكان واسع بين الرفوف، والخزائن والمقياس المعياري العام ٩٠٠ ملم، بحيث يترك مجالاً يمكن للعربة أو الشخص أن يتمكن من المرور بين الرفوف لوضع سجل في مكانه أو سحب سجل ما.
- يجب ألا تكون رفوف التعبئة أعلى من متوسط طول الأشخاص بحيث يمكن الوصول إلى الملفات بسهولة، ويجب توفر سلم درجات يمكن من الوصول لأعلى رف، كما يجب عدم وضع الملفات في الرف السفلي.
- هناك خزائن أدراج تمثل بنك رفوف للتعبئة لا تتجاوز بطولها ٦٠ سم، فإذا كانت أطول من ذلك فيجب أن تسمح بحفظ السجلات الطبية قائمة على طولها.
- يجب أن تصمم رفوف التعبئة والمصنفات بحيث تسمح بتعبئة السجلات بوساطة أشواك المصنفات وبحيث يكون رقم السجل ظاهراً بشكل واضح وتحقق سهولة استخراج الملفات وإعادتها.
- يجب وسم كل درج تعبئة بأرقام السجلات الطبية التي يحتوي عليها.
- يجب وسم كل رف بمجال أرقام السجلات التي وضعت فيه. ويوضع دليل رقمي بمسافات منتظمة.

## الإتارة

- قبل تهيئة رفوف التعبئة يجب تعيين مكان الأنوار التي يفضل أن تكون على شكل نيونات طويلة بين الرفوف، ويجب أن يتخلل النور كل مجالات الرفوف وبحيث تصل إلى كل قسم منها .

## الأمان والضمان

- يجب اتخاذ إجراءات حماية السجلات من النار أو المياه المخربة أو الحشرات المتلفة أو الوصول غير المرخص للأشخاص .

- يجب أن تكون غرفة الملفات ذات أبواب محكمة الإغلاق ولجميع أبوابها أقفال قوية .

- يجب أن يكون الوصول للسجلات خارج أوقات العمل محدوداً ومحصوراً بموظفي السجلات والفريق الطبي السريري .

- يجب أن يكون هناك مدخل واحد مفتوح لغرفة الملفات الطبية ومخرج حريق .

- يجب أن تطبق سياسة منع التدخين في غرفة الملفات .

- يجب توفر جهاز إطفاء الحريق ولوحات كتابية واضحة تبين الإجراءات الواجب اتخاذها لو حدث حريق ما .

- يجب مكافحة الحشرات بشكل منتظم في غرفة الملفات .

## وضع الملفات الطبية في مكانها : الأنظمة والطرق

هناك نمطان لأنظمة تعبئة الملفات الطبية ووضعها في مكانها المناسب : نظام السجلات الطبية اللامركزي، ونظام السجلات الطبية المركزي .

- وفق نظام السجلات الطبية اللامركزي يوجد قسمان للسجلات الطبية أحدهما لسجلات المرضى الداخليين والآخر لسجلات المرضى الخارجيين ولكل منهما استقلاليته عن الآخر بحيث ينظم في كل منهما ملفاته بشكل مستقل . وبذلك تتم تعبئة السجلات الطبية للمرضى الداخليين في قسم السجلات الطبية للمرضى الداخليين بينما تتم تعبئة سجلات المرضى الخارجيين في قسم سجلات المرضى الخارجيين . وفي العادة لا يوجد اتصال بين هذين القسمين الخدميين . وإذا كان للمريض الواحد سجلان طبيان في كل منهما فلا يجمعان سوية . وكما ناقشنا سابقاً لا ينصح بمثل هذا النظام، لأنه قد لا يمكن الحصول على جميع بيانات المريض الواحد في كل الأوقات وبشكل دائم .

- وأما في نظام السجلات الطبية المركزي فتجمع جميع سجلات المريض سواء كانت خارجية أم داخلية في إضبارة واحدة وتحفظ في قسم السجلات الطبية . ويعني ذلك أن للمريض الواحد سجل طبي واحد سواء كان داخلياً أو خارجياً بغض النظر عن عدد المرات التي قبل فيها كمريض داخلي أو قدمت له خدمات العيادة الخارجية . ولبيان ذلك نوضح ما يلي : قبل المريض جون لي في المستشفى أول مرة وأخذ بطب سجله الطبي الرقم ٢٤٥٦٧، وهو يحتفظ برقمه هذا للقبولات التالية أو في الخدمات الخارجية . وهكذا فجميع المعلومات الطبية للمريض جون لي محفوظة في سجل واحد يحمل الرقم ٢٤٥٦٧ في قسم السجلات الطبية . فهذا الرقم يعرف هذا المريض في جميع أقسام المستشفى التي يمكن أن يعالج فيها، وهذا يعني أن هذا السجل لرعاية المريض الطبية يستمر بجميع بياناته المتعلقة بالمريض بشكل كامل في كل الأوقات .

في الوقت الحاضر تستخدم أقسام السجلات الطبية في معظمها حالياً نظام السجلات الطبية المركزي حيث يوضع رقم السجل عليه منذ تقديم أول خدمة للمريض في المستشفى سواء كانت خدمة خارجية أو بعد قبوله في المستشفى. كما يستخدم السجل ذاته للقبولات أو الخدمات الخارجية التالية.

يصف النص السابق أنماط الأنظمة المستخدمة لحفظ السجلات الطبية، وعلينا الآن أن ننظر في كيفية تعبئة هذه السجلات أي وضعها في مكانها المناسب، وإن التعبئة واحد من أكثر الإجراءات أهمية في قسم السجلات الطبية. فإذا لم يوضع السجل الطبي في مكانه الصحيح فقد لا نجد السجل المطلوب عند الحاجة إليه.

وسواء كان نظام السجلات الطبية المستخدم مركزياً أو لا مركزياً فهناك ثلاثة أنماط من طرق تعبئة الملفات في المستشفيات :

● التعبئة وفق الترتيب الأبجائي.

● التعبئة وفق التصاعد الرقمي.

● التعبئة وفق الرقم الانتهايي.

وحيث أن السجلات الطبية يجب ألا تتم تعبئتها أبجائياً فإننا سنناقش الطريقتين التاليتين :

تذكر:

يجب ألا توضع السجلات الطبية في مكانها المناسب وفق الترتيب الأبجائي

إن أفضل طريقة لترتيب السجلات في الدول النامية هي التعبئة الرقمية المتصاعدة. وفي هذه الطريقة ترتب السجلات الطبية حسب أرقامها بترتيب رقمي متزايد ومتسلسل، من الرقم الأدنى إلى الرقم الأعلى، فمثلاً يتلو السجل ذو الرقم ٥٤٢ السجل ذو الرقم ٥٤٣ ثم السجل ذو الرقم ٥٤٤ وهكذا.. وتضاف السجلات الجديدة في نهاية سلسلة الأرقام السابقة. مع تركيز معظم السجلات الفعالة في منطقة واحدة. ووفق هذه الطريقة من التعبئة يكون زمن تدريب الفريق عليها قصيراً.

تذكر:

من السهل تدريب فريق السجلات الطبية على التعبئة بطريقة الترتيب الرقمي المتصاعد .

بطريقة التعبئة الرقمية المتصاعدة تكون فكرة جيدة أن يكون هناك موظف واحد مسؤول عن ترتيب السجلات الطبية ( يعتمد ذلك على حجم العمل)، فإذا كان هناك الكثير من العمليات تزيد عن طاقة الشخص الواحد فيمكن مشاركة موظفين في ترتيب السجلات الطبية وعليهما القيام بذلك في زمنين مختلفين من اليوم لتجنب تراكم السجلات في منطقة التعبئة.

٣٤٥	٧٦٥٠	٩١٢٣٤	١٠٥٩٩٧	٢٣٤٨٧٩
٣٤٦	٧٦٥١	٩١٢٣٥	١٠٥٩٩٨	٢٣٤٨٨٠
٣٤٧	٧٦٥٢	٩١٢٣٦	١٠٥٩٩٩	٢٣٤٨٨١
٣٤٨	٧٦٥٣	٩١٢٣٧	١٠٦٠٠٠	٢٣٤٨٨٢
٣٤٩	٧٦٥٤	٩١٢٣٨	١٠٦٠٠١	٢٣٤٨٨٣
٣٥٠	٧٦٥٥	٩١٢٣٩	١٠٦٠٠٢	٢٣٤٨٨٤

### التعبئة وفق الرقم الانتهائي

تستعمل هذه الطريقة من التعبئة في كثير من الدول المتقدمة حيث يكون عدد هائل من السجلات الطبية ذو تعبئة رقمية انتهائية. ولا ينصح بهذه الطريقة في الدول التي تكون فيها أرقام السجلات صغيرة. كما لا ينصح بها عندما لا يكون الموظفين قد درّبوا على تنفيذها واستخدامها. فقد يسبب التنفيذ الخاطئ مشاكل ونقص موثوقية عمل الموظفين. وقد ذكرناها هنا للاهتمام بها ولمزيد من الاطلاع والاهتمام بأنك تعلم عنها شيئاً.

● إن التعبئة بطريقة الرقم الانتهائي هي طريقة تعبئة بسيطة ودقيقة تجعل من السهل على الموظف تعبئة السجلات في مكانها المناسب، وقد تكون أسرع وأكثر دقة من غيرها. وقد صممت هذه الطريقة لمرافق الرعاية التي تستقبل عدداً كبيراً من المرضى وبشكل حاد. وهي لا تناسب أنظمة السجلات الطبية في الدول النامية الصغيرة حيث يكون حجم السجلات الطبية المطلوب تعبئتها صغيراً.

● تستخدم طريقة التعبئة وفق الرقم الانتهائي لتوزيع السجلات الطبية بالتساوي في غرفة التعبئة، وذلك في المرافق ذات السجلات الكبيرة العدد لتوزيع تعبئتها على مجموعة من الموظفين.

وفيما يلي وصف مختصر عن طريقة التعبئة وفق الرقم الانتهائي :

● ترتيب الأرقام تصاعدياً تماماً كطريقة التعبئة الرقمية التصاعدية، والفرق يكون في كيفية التعبئة. ولهذا الغرض تستعمل عموماً ستة أرقام مقسمة على ثلاثة أجزاء فمثلاً يكتب الرقم ٢٤٥٦٧٨ على النحو التالي : ٣٤-٥٦-٧٨ أي بحيث يحتوي كل جزء على رقمين. ويدعى آخر رقمين من جهة اليد اليمنى (٧٨) بالرقمين الأوليين (أي الأخذ بعين الاعتبار أول رقمين عند التعبئة)، ويدعى الرقمان المتوسطان (٥٦) بالرقمين الثانويين (الجزء الرقمي الثاني الذي يؤخذ بعين الاعتبار عند التعبئة)، ويدعى الرقمان في جهة اليد اليسرى (٣٤) بالرقمين الانتهائيين (الجزء الثالث من الأرقام التي تؤخذ بعين الاعتبار عند التعبئة).

٣٤

٥٦

٧٨

انتهائيان ( ثالثيان )

ثانويان

أوليان

● في هذه الحالة يمكن تقسيم منملقة التعبئة إلى ١٠٠ قسم للأرقام الأولية ٠٠-٩٩، ويسمح هذا التقسيم بتجزئة السجلات على عدد من الموظفين.

● وضمن كل قسم أولي ترتيب السجلات الطبية وفق الرقمين الثانويين وترتب مرة أخرى بين

● وضمن كل مقطع ثانوي تصنف السجلات وفق الرقم الثالثي وذلك باعتماد المجال ٠٠-٩٩.

● ولوضع السجل الطبي يحدد الرقم الأولي ثم الثانوي ثم يضع الموظف السجل الطبي بحسب الرقم الثالثي. فمثلاً: لوضع السجل ذي الرقم ٣٤-٥٦-٧٨ في مكانه المناسب يحدد المقطع الأولي ٧٨، ثم المقطع الثانوي ٥٦، ثم يوضع هذا السجل ٣٤-٥٦-٧٨ وفق المقطع الانتهائي قبل السجل

٧٨-٥٦-٣٥، وبعد السجل ٧٨-٥٦-٣٣. وعندئذ تترتب الأرقام سلسلة متتالية كما يلي :

٧٨-٥٦-٣٢

٧٨-٥٦-٣٣

٧٨-٥٦-٣٤

٧٨-٥٦-٣٥

وتستخدم بعض المستشفيات الترميز الملون على المصنف للمساعدة في تحديد السجل الطبي بشكل جيد وتحسين أداء موظفي التعبئة.

نظام الفارز أو إعداد الملف

● يجب أن تحتوي غرفة الملفات على رفوف للملفات التي تنتظر فرزها لوضعها في مكانها المناسب. ويدعى ذلك باسم الفارز.

● إن الملفات الواردة من العيادات الخارجية ( إذا كان نظام السجلات الطبية يعتمد جمعها لكل مريض أي نظام السجلات المركزي ) والسجلات التي تم إنجازها وإتمامها بعد تخريج المريض الداخلي تصبح معدة للتعبئة والترتيب في مكانها المناسب. ولذلك يجب فرزها بطريقة تجعل من السهل إيجادها عند الحاجة لها أثناء انتظارها بقصد الترتيب والتعبئة..

● يجب ترقيم الرفوف، ربما ضمن أقسام، ١٠ - ٢٠ قسماً، وتوضع السجلات على الرفوف ذات الأرقام المناسبة لأرقامها، وهذا ما يجعل من السهل إيجاد السجل المعد للتعبئة في مكانه المناسب.

### سحب سجل طبي من مكان الملفات وضابط السجل

للتأكد من ضبط مكان السجل المسحوب لغرض ما يجب الاستعاضة عنه بقائفة ( دليل ) يدل على مكان إرسال السجل. ويدعى القائفة في كثير من الدول باسم " الدليل الخارجي"، وبذلك يرشد القائفة من يبحث عن السجل غير الموجود على المكان الذي يجب أن يكون السجل فيه.

تذكر:

استخدام نظام القائفة يحسن عمل قسم السجلات الطبية وضبط السجلات الطبية بشكل جيد.

والقائفة بطاقة بحجم السجل الطبي عادة أو أكبر قليلاً منه، ويكتب عليها :



- اسم المريض
- رقم السجل الطبي
- أين أخذ السجل الطبي

يمكن أن يكون القائف صفحة بيضاء بسيطة بقياس A4، حيث تسجل عليها المعلومات بقلم الرصاص، وعندما يعاد السجل إلى موضعه تمحي المعلومات ويستخدم القائف من جديد. أو أن يكون بطاقة مطبوعة تكتب عليها المعلومات في المكان المخصص لها، ثم يشطب عليها بعد إعادة السجل، ويكتب فيما بعد على القسم التالي للقسم المشطوب. وبعد امتلاء القائف يتلف ويستخدم قائف جديد.. وهكذا يفيد القائف في الدلالة على مكان السجل إذا كان مسحوباً لغرض ما وليس موجوداً في مكانه المناسب.

### نقاط هامة حول التعبئة

يجب تعبئة جميع السجلات الطبية بالسرعة الممكنة عند إعادتها إلى قسم السجلات الطبية أو عند إتمامها بعد تخريج المريض.

## تذكر:

أفضل طريقة لتعيين وإيجاد السجل الطبي عندما لا يكون قيد الاستعمال أن نرتجها في مكانه المناسب على الرف في قسم السجلات الطبية.

- في نهاية كل يوم يجب ألا يوجد أي سجل طبي بانتظار التعبئة، أي أن جميع السجلات الطبية المنجزة أو المعادة يجب تعبئتها في نهاية كل يوم بوضعها في مكانها المناسب.
- إذا كانت السجلات الطبية ضخمة العدد فيجب عزلها إلى مجموعتين أو أكثر ويكتب على كل قسم رقمه (مثلاً القسم ١، القسم ٢..)، وتوضع سوية في مكانها المناسب.
- عند تعبئة السجلات يجب استبدال المصنفات الممزقة أو التالفة وإعادة تثبيت أي نماذج رخوة.

### إعادة ترتيب السجلات الطبية ذات التوضع الخاطئ

- يجب القيام بفحوص دورية للتأكد من عدم وجود خطأ في ترتيب السجلات الطبية أو وضعها في مكان غير مناسب لها على الرفوف. وللقيام بمثل هذه الفحوص والتحريات يجب على الفريق :
- البحث عن تبدل مواضع الأرقام ضمن الرقم الواحد، مثلاً قد تتم تعبئة الرقم ١٣١٢٣٤ على أنه ١٣١٢٤٣ أو ١٢١٣٣٤.
- البحث عن الملفات الضائعة تحت أرقام مشابهة لها كالرقم ٢ تحت الرقم ٥ أو ٨ والعكس بالعكس، أو البحث عن الرقم ٧ أو ٨ تحت الرقم ٩.
- تحر عن بعض الأرقام مثل ٥٨٤ تحت ٥٨٣ أو ٥٨٥، أو تحت مشاركات مشابهة.
- تحر عن تبدل مواضع الأرقام الأولى والأخيرة.
- تحر عن السجل الطبي تماماً قبل و بعد أن يطلبه أحد.
- ابحث في الرفوف الأعلى أو الأدنى مباشرة من الرف المفترض وجوده فيه.
- الإضافة إلى ذلك يجب تحري غرفة الملفات شهرياً للتأكد من :
- أن جميع السجلات موجودة على الرفوف بشكل قائم.
- لا يوجد غبار على الرفوف ( بما في ذلك الرف العلوي )
- أرض الغرفة نظيفة.



## زمن الأسئلة

هل لديك نظام سجلات مركزي أو لا مركزي ؟

ما طريقة التعبئة التي تستخدمها - الرقمية التسلسلية المتصاعدة أم طريقة أخرى ؟

هل لديك فارز أو منطقة لتحضير السجلات الطبية ؟

هل هي فعالة ؟

من المسؤول عن عملية التعبئة، موظف واحد أو فريق قسم السجلات الطبية كله ؟

هل تعاني من مشكلة فقد الملفات ؟

إذا كان الأمر كذلك كيف يمكن تحسين العمل لتجنب ذلك ؟

## استنقاء السجلات الطبية الخاملة

تستبقى السجلات الطبية بحيث تعزل السجلات التي لا تستعمل بعد مرور عدة سنوات فتسحب من غرفة الملفات الفعالة. ويطلق على هذا العمل في بعض البلدان تنظيف الملفات الخاملة ولكننا سنستعمل في هذا الدليل الإرشادي عبارة "استنقاء" على هذه العملية.

● إذا تذكرت عند مناقشة السجلات الطبية ذكرنا وجوب تسجيل السنة التي تمت فيها الرعاية على المصنف الخارجي للسجل الطبي. ويستخدم هذا التاريخ لمعرفة حالة السجل المطلوب هل هو من السجلات الفعالة أم الخاملة.

تذكر:

السجل الطبي الفعال هو السجل الذي لا يزال قيد الاستعمال لرعاية المريض. وأما السجل الطبي الخامل فهو الذي يخص المريض الذي لم تقدم له الرعاية في المستشفى بعد مرور عدد معين من السنوات.

- كل سنة جديدة تمر على المريض وتقدم له فيها خدمات طبية تسجل على المصنف، فمثلاً إذا قدمت الخدمات الطبية لمريض عام ١٩٩٥ يوضع خط عبر الرقم. فإذا لم يراجع منذ ذلك التاريخ وكانت سياسة الخطة المقررة في اعتبار السجلات الفعالة ٥ سنوات فإنه في عام ٢٠٠٠ يمكن استئقاء السجل ووضعه مع الملفات الخاملة في مكان تخزين ثانوي.
- يتيح التاريخ المدون خارجياً لفريق السجلات الطبية أن يعرف متى كان المريض آخر مرة في المستشفى. وهذا يعني أنهم لن يبحثوا داخل السجلات عن تاريخ آخر تلقي المريض للرعاية.
- إن هدف الاستئقاء هو إزالة الأضابير الطبية غير الفعالة من خزانة الملفات لإتاحة مساحة فارغة أكبر للسجلات الفعالة.
- ويجب أن تحدّد سياسة المستشفى المدة التي يجب أن تبقى فيها السجلات في خزانة الأضابير كسجلات فعّالة، ويشار إلى ذلك باسم سياسة الاحتفاظ بالسجلات. (انظر سياسات السجلات الطبية).
- إن السجلات الطبية التي تزال من خزانة السجلات هي سجلات المرضى الذين لم يعودوا للمستشفى خلال آخر سنتين أو خمس أو سبع أو عشر سنوات بالاعتماد على سياسة الاحتفاظ بالسجلات والتي تقررها سلطات المستشفى أو السلطات الصحية، أو بحسب المساحة المتاحة للسجلات أو كليهما. ويمكن عندئذ تخزين السجلات الخاملة في مكان ثانوي أو إتلافها.
- يجب إجراء الاستئقاء سنوياً سواء في الشهر ذاته من كل عام أو أن يتم الاستئقاء بشكل دوري مبرمج خلال العام كجزء من الواجبات الطبيعية.

## زمن الأسئلة

هل لديك مكاناً كافياً لتعبئة الملفات ؟

إذا كانت الإجابة لا فهل مشكلتك الرئيسية تعود لمكان التعبئة ؟

هل تعلم كيفية حل المشكلة ؟

هل لديك سياسة للاحتفاظ بالسجلات الطبية ؟

إذا كان الأمر كذلك فما المدة التي يتم الاحتفاظ خلالها بالسجلات الطبية على أنها سجلات فعالة في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

## جمع إحصائيات المرضى الداخليين

إن السجلات الطبية هي المصدر الأولي للمعطيات الخاصة بمكوث المريض في المستشفى وإن مدير السجلات الطبية هو في الموقع الأمثل لجمع وإعداد المعطيات الإحصائية حول الرعاية الصحية. ومن المهم ملاحظة أن الإحصائيات تكون دقيقة بقدر دقة السجلات الأصلية التي أخذت عنها. ولذلك يجب على رئيس السجلات الطبية قبول المسؤولية لمراقبة السجلات الطبية والمصادر الوثائقية الأخرى والتأكد من إتمامها وأنها جاهزة ومتاحة لتلبية الاحتياجات في إحصائيات دقيقة ذات قيمة معتبرة.

يختلف نمط ودرجة جمع البيانات وطرق استخدامها من بلد لآخر. فإدارة كل مستشفى تحدد السياسة المتبعة في المستشفى حول جمع الإحصائيات المتعلقة بالخدمات التي يقدمها الفريق الطبي ومجمل عمل المستشفى. ويجب أن يكون هناك فهم متبادل تعاوني لجميع المصطلحات المستخدمة في الإحصائيات وأن الإحصائيات المجموعة ذات علاقة ببعضها وموثوقة.

إن جمع المعطيات أمر مهم من الناحية الوطنية لأن إحصائيات الرعاية الصحية تعني شيئاً ما إذا ما قورنت بإحصائيات السنوات السابقة أو إحصائيات المرافق الصحية الأخرى. فيمكن للحكومة أن تقرر ما المطلوب على المستوى الوطني .

على المستوى الدولي تطلب منظمة الصحة العالمية إحصائيات الرعاية الصحية من الدول الأعضاء لتُكوّن صورة عن حدوث الأمراض النوعية الخاصة إقليمياً أو دولياً .

## تذكر :

تكون المقارنات والتفسيرات التفريقية ذات قيمة فقط عندما توجد تعاريف واضحة لمواضيع المقارنة وتكون الإحصائيات متطابقة ..

تستعمل إحصائيات المرضى الداخليين من أجل :

- مقارنة الإنجاز في المستشفى أو العيادة بين الماضي والحاضر.
- الاستدلال من أجل التخطيط التطوري المستقبلي للمستشفى أو العيادة.
- تقييم إنجاز عمل الفريق الطبي أو التمريضي أو الفرق الأخرى.
- البحوث الطبية .

عند اتخاذ القرار لجمع المعطيات الإحصائية أو عند مراجعة معطيات مجموعة وموجودة يجب على إدارة المستشفى أو مدير السجلات الطبية أن يسأل عن :

- لماذا يتم جمع المعطيات ؟
- ما البلاغات أو التقارير التي تحتاجها إدارة المستشفى أو الفريق الطبي أو وزارة الصحة ؟.
- ما فائدة استعمال المعلومات حالياً أو مستقبلاً ؟

يجب مراجعة الإحصائيات المجموعة بانتظام وكتابة تقارير حول ذلك سنوياً . وقد نستمر أحياناً في جمع المعطيات التي لم يعد هناك حاجة إليها أو إلى استعمالها . ولذلك يجب إجراء مراجعات دورية لتجنب القيام بأعمال لا لزوم لها وضياع الوقت .

## التعاريف الإحصائية

قبل المضي قدماً يجب النظر في بعض التعاريف الإحصائية، وتذكر بأن هذه التعاريف تختلف من بلد لآخر. ولكي تتمكن من تمييز المصطلحات المستخدمة في المستشفى الذي تعمل فيه ندرج فيما يلي لائحة بالتعاريف المستخدمة في بعض الدول. وكما ذكرنا سابقاً من المهم أن يكون معنى المصطلحات موحداً بالنسبة لجميع الأشخاص المتعاملين مع المعطيات. وإذا كان في بلدك تعريف مختلف بالنسبة لمصطلح معين وتطلق عليه مصطلحاً مختلفاً فغيره بالمصطلح المستخدم في بلدك أو المستشفى الذي تعمل فيه .

سرير ليوم واحد  
وحدة قياس تحدد وجود سرير واحد لمريض داخلي ( سواء كان فارغاً أو مشغولاً ) ويجهز للاستخدام خلال ٢٤ ساعة فقط .

### الإحصاء الرسمي اليومي (إحصاء المرضى الداخليين يومياً)

حساب عدد المرضى الداخليين في زمن معين، وهذا يعني أخذ عدد المرضى الداخليين الموجودين في زمن معين من كل يوم، ويدخل في الإحصاء أي مريض داخلي قبل أو تخرج بعد زمن الإحصاء من اليوم السابق. ويؤخذ الإحصاء الرسمي عادة في المستشفى في الوقت ذاته من كل يوم، ويكون عادة في منتصف الليل.

### الموت الجنيني

موت محصول الحمل قبل انفصاله التام من أمه، بغض النظر عن عمر الحمل، ويمكن الاستدلال على هذا الوفاة بعد الانفصال عن الأم حيث لا يتنفس الوليد ولا يبدي أي علامة من علامات الحياة كسماع ضربات القلب أو نبضان حبل السرر أو حركات واضحة محددة بحركات العضلات الإرادية.

### اليوم الخدمي للمريض الداخلي

وحدة قياس معيارية تحدد الخدمة التي يتلقاها المريض الداخلي خلال ٢٤ ساعة ( تعرف أيضاً باسم يوم المريض أو خدمة المريض ليوم واحد، مشغولية سرير ليوم واحد).

### مدة البقاء في المستشفى

عدد الأيام التي تلقى فيها المريض الرعاية في المستشفى اعتباراً من يوم الدخول حتى الخروج. ويعتبر مدة الاستشفاء يوماً واحداً إذا قبل المريض وتخرج في اليوم ذاته. وإذا قبل في يوم وتخرج في اليوم التالي، ويحتسب يوم الدخول ولا يحتسب يوم الخروج.

### المولود الحي

يعتبر كل منتج للحمل بغض النظر عن مدة الحمل حياً إذا انفصل عن أمه وظهرت منه عناصر تدل على الحياة كالتنفس أو ضربات القلب أو نبضان حبل السرر أو حركات العضلات الإرادية المعروفة سواء قطع حبل السرر أو بقيت المشيمة مرتبطة بالرحم.

### وفاة الوليد

يعتبر المولود وليداً اعتباراً من تمام الولادة حتى انقضاء ٢٨ يوماً تماماً. ويمكن أن تقسم وفيات الولدان ( الوفيات بين الولادات الحية خلال تمام ٢٨ يوماً ) إلى قسمين : الوفيات الباكرة للولدان وهي التي تحدث خلال الأيام السبعة الأولى من الحياة، والوفيات المتأخرة للولدان وهي الوفيات التي تحدث بعد مرور سبعة أيام للولادة وحتى نهاية اليوم الثامن والعشرين من الولادة.

### أيام الخدمة الإجمالية للمرضى الداخليين

وهي مجموع خدمة جميع المرضى الداخليين خلال مدة معينة كشهر أو سنة..

### سبب الوفاة (الدفين)

المرض أو الإصابة التي تطلق سلسلة الحوادث المريضة التي تسبب الوفاة مباشرة، أو ظروف الحادث أو العنف التي سببت الإصابة المميتة.

## جمع إحصائيات المرضى الداخليين في المستشفى شهرياً أو سنوياً

يجب تجنب إضاعة الوقت في جمع المعطيات ذات الأسباب غير الواضحة. ويجب مراجعة الإحصائيات المجموعة بشكل منتظم للتأكد من أنها لا تزال مطلوبة ومستعملة وهناك حاجة إليها.

بالإضافة إلى الإحصائيات اليومية الرسمية للمرضى الداخليين (تدعى أيضاً إحصاء الأسرة اليومي (تجمع معلومات إحصائية روتينية للمرضى الداخليين شهرياً وسنوياً وتشتمل على :

- العدد الإجمالي للقبول: الإجمالي في المستشفى والخدمات (مثل خدمات طبية أو جراحية ..).
- العدد الإجمالي للمتخرجين ( بما في ذلك الوفيات ) - إجمالي في المستشفى أو الخدمات.
- العدد الإجمالي للوفيات - الإجمالي في المستشفى والخدمات.
- العدد الإجمالي للولادات : (عدد حالات الولادات).
- العدد الإجمالي للولدان الأحياء.
- العدد الإجمالي لوفيات الأجنة.
- العدد الإجمالي للمتخرجات أو المتوفيات ممن ولدن في المستشفى.
- العدد الإجمالي للوفيات الوالدية.
- العدد الإجمالي لأيام المريض في المستشفى.

تستخدم هذ المعلومات لحساب المعدلات والنسب المئوية ذات العلاقة بالمرضى. وتشمل بعض المعدلات والنسب المجموعة ما يلي :

- معدل الإحصائيات الرسمية اليومية.
- معدل إقامة المرضى المتخرجين في المستشفى.
- نسبة مشغولية أسرة المستشفى.
- معدل الوفيات حوالي الولادة في المستشفى.
- معدل وفيات الأمهات في المستشفى.
- معدل وفيات الأجنة في المستشفى.
- معدل الوفيات في المستشفى.

## تذكر :

لحساب المعدل تحتاج لتحديد عدد مرات شيء حدث سابقاً وتقسمه على عدد مرات شيء قد تم حدوثه.

معدل الوفاة في المستشفى

فمثلاً يحسب معدل الوفاة في المستشفى بحساب معدل وفيات المستشفى.

وإن معدل وفيات المستشفى هي نسبة وفاة المرضى الداخليين في المستشفى أثناء مكوثهم فيه، ويعبر عن ذلك بنسبة مئوية تحسب كما يلي :

عدد وفيات المرضى الداخليين في فترة معينة X 100

عدد المتخرجين ( بما فيهم المتوفين ) في الفترة ذاتها

## مثال :

في شهر أيار وقعت ٢١ وفاة. من إجمالي عدد مرضى متخرجين ٦٥٠ مريضاً ومتوفى (أي بما فيهم المتوفين)، فيحسب معدل الوفيات:

$$\% ٢٣.٣ = \frac{١٠٠ \times ٢١}{٦٥٠}$$

وبذلك يكون معدل الوفيات في المستشفى في شهر أيار ٢٣.٣٪، وتقرب بعض المستشفيات هذا المعدل ليصبح ٢٪.

تعتمد غالبية إحصائيات المرضى على عدد أيام خدمة المرضى، التي تجمع بوساطة الإحصائيات للمرضى.

- تحصى ممرضات كل جناح عدد المرضى الداخليين في الجناح في منتصف الليل وتسجل العدد المحصى في نماذج الإحصائيات الرسمية لمنتصف كل ليلة.
- في كل يوم ندخل هذ الإحصائيات في كتاب إحصائيات الأسرة اليومية الذي يحفظ عادة في مكتب القبول والذي يدون فيه عدد المرضى في كل جناح يومياً.
- في نهاية الشهر يمكن حساب الإحصاء المتعلق بالمرضى.

## كتاب الأسرة اليومي:

الشهر:	الجناح آ	الجناح ب	الجناح ج	الإجمالي
١				
٢				
٣				
٤				
↓				
٢٨				
٢٩				
٣٠				
٣١				
				الإجمالي

## الإحصاء الرسمي اليومي للمرضى

- الإحصاء الرسمي للمرضى = العدد الإجمالي للمرضى في زمن معين. ويتم تحديد عدد المرضى الرسمي بحساب عدد المرضى في المستشفى في منتصف الليل في الليلة السابقة وإضافة جميع حالات القبول في اليوم التالي وطرح إجمالي المتخرجين والمتوفين في اليوم ذاته/ وبذلك يكون الناتج هو عدد المرضى المتبقين حتى منتصف الليلة التالية للسابقة.

للحصول الإحصاء الرسمي الكامل للمرضى فإن عدد المرضى المقبولين والمتخرجين في اليوم ذاته يجب أن يجمع معها .

إضافة عدد المرضى الذين قبلوا وخرجوا في ٢١ أيار ( بما فيهم الوفيات ) + ٢

١٤٥

أيام خدمة المرضى الداخليين في ٢١ أيار

### كيف تحسب بعض المعدلات والنسب ؟

#### معدل الإحصاء الرسمي اليومي

هو الرقم الوسطي للمرضى الموجودين كل يوم خلال زمن معين . ويستحصل عليه بقسمة عدد أيام الخدمة للمرضى الداخليين خلال فترة معينة على عدد الأيام في الفترة ذاتها . أي :

العدد الإجمالي لأيام الخدمة للمرضى الداخليين في فترة معينة ( باستثناء المولودين حديثاً )

عدد الأيام الإجمالي في الفترة ذاتها

**مثال :**

بلغت أيام خدمة المرضى الداخليين في أيار ٤٢٨٠ ، باستثناء المولودين حديثاً ، وإن عدد أيام شهر أيار ٣١ يوماً ، وباستخدام الصيغة السابقة يكون حساب وسطي الإحصاء الرسمي اليومي كما يلي :

$$٤٢٨٠ \div ٣١ = ١٣٨.٠٦ \text{ أو } ١٣٨.١$$

ويمكن تقريب ذلك الرقم لإعطاء وسطي إحصاء المرضى يومياً أثناء شهر أيار ١٣٨ مريضاً . ويعني ذلك أن هذا هو الرقم الوسطي لعدد المرضى الموجود يومياً في المستشفى خلال شهر أيار .

## تذكر :

يتم حساب أو إحصاء الولدان بشكل مستقل ولا يدخل ضمن هذه الإحصائيات .

## مدة الإقامة الوسطية في المستشفى للمرضى المتخرجين

هي الرقم الوسطي لعدد الأيام التي مكث فيها المرضى المتخرجون في المستشفى ( باستثناء الولدان)،  
ويحسب ذلك كما يلي :

العدد الإجمالي لأيام خدمة المرضى المتخرجين (متضمناً المتوفين) خلال مدة معينة

العدد الإجمالي للمرضى المتخرجين والمتوفين خلال المدة ذاتها .

### مثال :

بلغ عدد المرضى المتخرجين والمتوفين ( باستثناء الولدان ) خلال شهر حزيران ٢٠٨٦ مريضاً ! وبلغ مجموع أيام خدمتهم ١٣٦٥٤ . وبحسب الصيغة السابقة يكون المقدار الوسطي لمدة بقائهم في المستشفى :

$$١٣٦٥٤ \div ٢٠٨٦ = ٥٤.٦ \text{ أو } ٥٠.٦ \text{ يوماً .}$$

وهذه مجرد أمثلة بسيطة عن المعدلات والنسب التي تحتسب في المستشفيات . وتحتاج إلى معرفة المطلوب في المستشفى الذي تعمل فيه وكيف يتم حسابها . وإذا رغبت بمعلومات أكبر فإن الاتحاد الدولي لمنظمات السجلات الطبية ( IFHRO ) مجموعة تعليمية حول إحصائيات المستشفيات . ومن المفترض أن تتصل بسكرتارية هذه المنظمة وتحصل على نسخة منها .

### زمن الأسئلة

هل قمت بجمع إحصاء مرضى المستشفى الذي تعمل فيه ؟

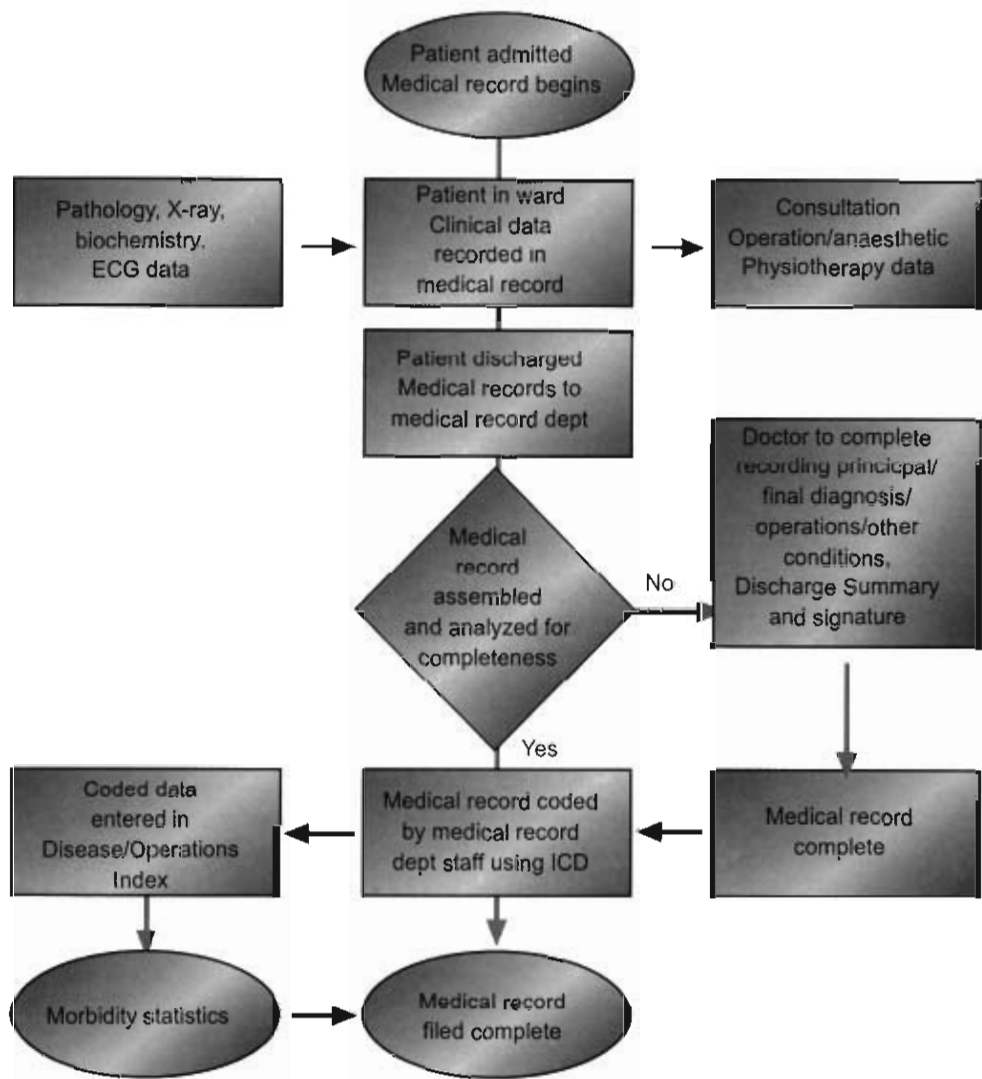
كيف يتم الإحصاء ؟

ما الفائدة منها ومن الذي يستخدمها ؟

### مواضيع طبية قانونية وإجراءات كشف معلومات السجلات

كما ذكر في الفصل الثالث من الضروري إتمام السجلات الطبية بدقة وبحيث تكون متاحة حالما تطلب . ويجب تدوين حالة المريض عند القبول وإتمام الموجودات السريرية بناء على الفحص السريري وتدوين التطورات باستمرار طيلة فترة بقاء المريض في المستشفى . وعلى الطبيب المعالج وباقي المهنيين الصحيين التوقيع على ما ينجزونه ويكتبونه على السجلات من معطيات . وعلى موظفي السجلات الطبية التأكد من تمام السجل الطبي ودقته عند تخريج المريض . وعند وجود أي مدخل أو ملاحظة غير متممة أو مشطوبة يجب إعادة السجل للطبيب لإتمامه ووضع توقيعه عليه . وما لم يتم ذلك تنقص القيمة القانونية للسجل الطبي .





يجب أن يألف موظفو السجلات الطبية مع المتطلبات القانونية المتعلقة بالسجلات الطبية في بلدهم ليكونوا قادرين على التلاؤم مع المشاكل الطبية القانونية عندما يطلبون للقيام بذلك . ويجب على هؤلاء الموظفين أن يكونوا قادرين على تحديد الطلبات الشرعية والمنطقية وتفريقها عن الطلبات غير المنطقية للمعلومات .

### السجل الطبي كوثيقة قانونية

تذكر أن السجل الطبي كما يستخدم لرعاية المريض فإنه يعتبر وثيقة قانونية ويجب معالجته وفق ذلك .

#### من صاحب الحق في السجل الطبي ؟

عندما تقبل المستشفى مريضاً فإنها تدخل في قضية واضحة تتعلق بتقديم الخدمات الضرورية لرعاية المريض ومعالجته . ولذلك فمن الضروري حفظ سجل ميقاتي زمني للرعاية والمعالجة التي قدمت للمريض من قبل موظفي المستشفى ولذلك يمكن أن تكون النتائج متاحة لمتابعة رعاية المريض المستقبلية .

بالإضافة لفائدة حفظ السجل من أجل متابعة رعاية المريض فإن حفظ السجل يبقى دليلاً

للأطباء لتعليم الممرضات والموظفين الصحيين . ومن الناحية القانونية يستخدم لدعم دعوى المريض في حالات الإصابات وحماية الطبيب المعالج من دعوى سوء الممارسة وحماية المستشفى من الانتقادات ودعوى الإصابات والتخريب ..

- تعتبر السجلات الطبية مجلثك للمستشفى وتجمع وتحفظ مبدئياً من أجل خدمة المريض واستمرار رعايته .
- وتعتبر العمليات الشخصية التي توجد ضمن السجل الطبي معلومات سرية خاصة وهي من حق المريض .

تعتبر المعلومات المسجلة وثائق خاصة ، وهي المعلومات التي يقدمها المريض لطبيبه المعالج . وما لم يسمح المريض بكشف معلوماته بموجب كتاب أو تصريح خطي فلا يجوز إفشاء معلومات السجل إلا داخل المحكمة بموجب مذكرة أو أمر قضائي .

### القواعد العامة الطبية القانونية

- كقاعدة عامة لا يجوز كشف معلومات تخص المريض لشخص آخر دون إقرار المريض بذلك خطأً أو إقرار وصيه القانوني بذلك .
- إذا كان المريض دون سن ١٤ سنة أو خاضع للوصاية فإن أي إقرار بالوصول إلى معلوماته المسجلة في السجل الطبي يجب أن تكون مكتوبة من قبل أبويه أو وصيه القانوني .
- في حالة وفاة المريض فإن الإقرار المكتوب من قبل المريض في سجله الطبي يجب أن يقدم من قبل أقرب أقرباء المتوفى أو من يدير تركته .
- إذا لم يكن المريض ذا أهلية تمكنه من كتابة الإقرار فيجب تقديم الإقرار من قبل وصيه القانوني
- يجب أن تحفظ السجلات الطبية في ظروف آمنة بما فيه الكفاية ولا يجوز إخراجها خارج المستشفى أو مركز الرعاية الصحية إلا بناء على طلب المحكمة وبموجب مذكرة قضائية أو طلب السلطات القانونية رسمياً أو بموجب ضمانات بحثية أو أمر المحكمة .
- في كثير من الدول يتم استنساخ نسخة عن السجل الذي تطلبه المحكمة يحتفظ به في المستشفى حتى يعود السجل الأصلي وتلف النسخة بعد إعادة الأصل .
- كقاعدة عامة يجب أن يكون وصول غير الأطباء إلى السجلات الطبية واقع تحت رقابة الطبيب أو الموظفين الصحيين .
- كما نوقش لاحقاً ، للمريض الحق في الاطلاع على المعلومات الخاصة به والتي تمسك بها مرفق الرعاية الصحية . ( انظر سياسات السجلات الطبية )

### الظروف التي يستعمل فيها السجل الطبي كبينة

تستخدم السجلات الطبية في المحاكم فيما يلي :

- في حالات الضمان : تستخدم من قبل المريض لإثبات الإصابة أو العجز أو كليهما في ظروف الحوادث الشخصية أو بوساطة شركة الضمان من أجل عدم ادعاء المسؤولية .
- تعويض العاملين : في معظم الدول يستحق العامل المتأذي أثناء العمل أو أداء واجبه الوظيفي تعويضاً عن الإصابة أو العجز الجسديين . ويستخدم السجل الطبي في هذه الحالة كبينة على تاريخ الإصابة ونمطها وشدتها والشفاء المتوقع .
- دعاوى الإصابات الشخصية : قد يدعي شخص أنه قد أصيب بإصابة جراء خطأ شخص آخر أو نتيجة إهماله . ويقوم بمقاضاته حتى شفاء التخريب أو الضرر أو لحدوث الإصابات الدائمة . وتستخدم السجلات الطبية لإظهار كيفية حدوث الإصابة كما دونت من قبل المريض عند قبوله في المستشفى .

كما يستخدم السجل الطبي لإظهار شدة الإصابة ودرجتها والمعالجة المعطاة ومدة الرعاية والشفاء المتوقع أو العجز .

تستخدم السجلات الطبية في الحالات المذكورة سابقاً أكثر من الحالات الأخرى المشاركة :

دعوى سوء الممارسة الطبية : في هذا النمط من الحالات يرفع المدعي على الطبيب المعالج أو المستشفى أو جهاز التمريض أو المهنيين الصحيين دعوى بوجود إهمال أو نقص الرعاية الصحية أو إعطاء معالجة غير مناسبة . ويستخدم السجل الطبي في هذه الحالة لإظهار صحة المعالجة وكفايتها وأنها مناسبة لحالة المريض وإثبات عدم وجود الإهمال ..

حالات الوصية : يمكن أن يقوم المريض بوضع وصية ما أثناء مكوثه في المستشفى ، وبعد وفاة المريض يمكن القيام بمحاولة إلغاء الوصية بالبحث عن إثبات نقص القدرات العقلية لديه أثناء كتابة الوصية ، وفي هذه الحالة يمكن للسجل الطبي أن يبين الحالة العقلية للمريض عندما كتبت الوصية فيثبتها أو ينفيها .

حالات الجرائم : استخدمت السجلات الطبية في كثير من حالات الجرائم وتشمل أكثر الحالات تكرراً ما يلي :

حالات المهاجمة أو الاعتداء : لإثبات حالة العراك والمهاجمة وبيان درجة الإصابة .

الوفاة غير المفسرة أو بسبب العنف : لإثبات سبب الوفاة فيما إذا كانت لأسباب طبيعية أو حادث أو مغامرة فاشلة أو جريمة قتل ..

حالات الاعتداء الجنسي : لإثبات حالة وظرف المريضة عند قبولها في المستشفى أو عند تقديم الرعاية لها في المستشفى ووجود ذكر الاعتداء في القصة المرضية المتعلقة بالمريضة أو تاريخها المرضي .

الكفاية العقلية : قد تستخدم السجلات الطبية كدليل يثبت وصف الحالة العقلية للمريض .

### الإجراءات المتخذة لكشف المعلومات الطبية في قضية قانونية

قد تسمح المستشفى لمحامي المريض بوجود الطبيب وموافقة المريض الخطية على إمكانية الاطلاع على السجل الطبي للمريض . وعلى أية حال من النادر أن يحدث ذلك ! ولكن في معظم الحالات الطبية القانونية يطلب المحامي معلومات نوعية خاصة حول مريض معين مرسله كرسالة تصل إلى المستشفى يطلب فيها المعلومات التي يريدها . ويجب على المحامي أن يضمن رسالته موافقة المريض الخطية على السماح للمستشفى بإفشاء المعلومات المطلوبة . وإن المستشفى غير ملزم قانونياً بكشف المعلومات إذا كانت تضر بالمستشفى أو الطبيب المعالج أو أي من فريق المستشفى .

إن الإجراءات المتبعة لمعالجة مثل هذا الطلب تكون كما يلي :

- تسجل طلبات المحامين عادة وتاريخ استلام الطلب المسجل من قبل إدارة المستشفى ثم يرسل الطلب إلى مدير السجلات الطبية لمعالجته .
- يستخرج السجل الطبي ويتم التأكد من توقيع المريض على نموذج الموافقة لكشف المعلومات الواردة فيه .
- في بعض البلدان يتخذ أمر باستحداث تقارير طبية قانونية مأجورة ، وتختلف كمية الأجرة من مستشفى لآخر ومن دولة لأخرى . ويجب أن يكون موظفو السجلات الطبية قد ألفوا هذه الأجرور وتنظيماتها في المستشفى الذي يعملون فيه . فإذا كانت هناك أجرة مترتبة على التقرير فيجب إجراء فاتورة بذلك من قبل مدير السجلات الطبية (أو إدارة المستشفى) وترفق مع التقرير . وفي بعض الدول يعلم المحامون بهذه التكلفة ويرفقون طلبهم بشيك مالي بالقيمة المطلوبة سلفاً مع الرسالة ذات الطلب .
- تحدد المعلومات المطلوبة، ويطلب من الطبيب المعالج كتابة التقرير، وقد يستخدم تقرير مسبق التصميم لهذا الغرض ( انظر المثال المقابل ) ، وإذا كان هناك ملخص جاهز على السجل تتم مراجعته فإذا كان يتضمن المعلومات المطلوبة فتستسخ عنه نسخة أخرى ليوفر على الطبيب كتابة تقرير جديد .

وإليك فيما يلي مثالاً عن نموذج يتضمن ملخصاً لمعلومات طبية للسجل الطبي من أجل قضية طبية قانونية :

التاريخ .....
إلى : (اسم المحامي أو جهة القضاء التي طلبت المعلومات ) ..... ..... .....
عزيزي : .....
فيما يلي ملخص عن السجل الطبي للمريض : ( اسم المريض ) .....
العمر : ..... عنوان الإقامة : ..... الذي قبل في هذا المستشفى بتاريخ : ( تاريخ القبول ) وتخرج ( أو توفي ) بتاريخ : ( تاريخ التخرج أو الوفاة ) .....
القصة المرضية : .....
.....
الفحص السريري البدني : .....
.....
الفحوصات المخبرية : .....
.....
التقارير الشعاعية : .....
.....
العمليات الجراحية : .....
.....
الموجودات : .....
.....
التقرير الباثولوجي : .....
.....
التشخيص النهائي : .....
.....
النتيجة عند التخريج : .....
توقيع الطبيب المعالج : .....

- قد يكتب مدير السجلات الطبية رسالة مختصرة يشكر فيها الجهة الطالبة للمعلومات ويضمونها تقرير الطبيب ! وفي بعض المستشفيات، توضع عبارة : مع التحيات على ورقة مستقلة بدلاً من رسالة مدير السجلات .
  - ترسل الرسالة ( أو ورقة التحيات ) مع التقرير وفاتورة الحساب ( إذا كانت مطلوبة ) إلى المحامي . وتجري نسخة من كل ملف وتوضع في المكان المناسب من السجل .
  - يعلم مدير السجلات إدارة المستشفى بإرسال التقرير المطلوب .
- وفي بعض الحالات يكون التقرير هو المطلوب فقط ، وأما إذا كان المطلوب هو السجل الطبي بذاته فعلى المحامي استصدار أمر قضائي أو مذكرة قضائية للتمكن من الحصول على السجل .

### الأمر أو المذكرة القضائية

- تستخدم عبارة مذكرة قضائية في معظم الدول الناطقة بالإنكليزية من أجل أمر قضائي للحصول على السجل الطبي وإحضاره إلى المحكمة ، ويعنون عادة بعبارة : " إلى مكتب السجلات الطبية " وتعبّر عن أن شخصاً ما سيظهر في المحكمة بتاريخ وزمن محدد في المذكرة لجلب السجل الطبي الخاص بالمريض المسمى في المذكرة في ذلك التاريخ .
- بعد قبول المذكرة تجهز جميع السجلات المطلوبة لتكون في المحكمة في الزمن والمكان المحددين . أو أن يتعرض الشخص المبلغ للمذكرة لعدم امتثال أمر المحكمة .

### إجراءات تحضير السجلات للمحكمة

- إذا صدرت المذكرة أو أمر المحكمة فلا بد من الطاعة .
- عند استلام المذكرة يقوم مدير السجلات الطبية بتسجيل تاريخ استلامها وزمن ذلك ! ويسجل في المفكرة تاريخ وزمن وجوب وجودها في المحكمة .
- يبلغ مدير السجلات الطبية المعالج وإدارة المستشفى باستلام المذكرة لإرسال السجلات الطبية المطلوبة إلى المحكمة .
- في كثير من الدول، إذا كان المريض غير مشمول في قضية المحكمة يبلغ المريض عن طريق مرفق الرعاية الصحية باستلام المذكرة . كما يبلغ عن تاريخ المحاكمة ومكانها ليتمكن من حضورها إذا رغب بذلك .
- يجب على مدير السجلات استخراج السجل، وإذا لم يكن موجوداً في مكانه فيجب البحث عنه وإيجاده ووضع في مكان آمن بانتظار وقت المحاكمة، ثم يوضع قائف بدلاً عنه في مكانه يبين عليه كتابة أنه موجود لدى مدير السجلات من أجل قضية طبية قضائية .
- يجب أن يتأكد مدير السجلات من وجود المعلومات المطلوبة على السجل وأنها تامة .
- يجب إزالة جميع المتعلقات التي لم تكتب عندما كان المريض في المستشفى لأنها تعتبر "كشائعة" ولا يؤخذ بها كبينة، وتوضع السجلات المتعلقة بالموضوع في مصنف مؤقت ، يكتب عليه اسم المريض ورقمه ويوضع للحفظ في مكان الملفات الطبية القضائية .
- يجب ترقيم جميع الصفحات ( النماذج ) بالحبر، ويكتب مجموع الصفحات على المصنف كما يسجل عدد الصفحات المزالة والمحفوطة في المصنف الأصلي .

- في بعض الدول لا يرسل السجل الطبي الأصلي إلى المحكمة إذا كانت المحكمة تقبل بصورة ( نسخة مصورة عنها ) ، وفي هذه الحالة تصور جميع النماذج وترقم ، ثم ترسل النسخ بدل السجل الأصلي . وفي حال تصوير نسخ عن النماذج يجب وضع ملاحظة على السجل الأصلي بأنه قد تم تصويره ويجب إتلاف الصورة بعد عودتها من المحكمة . وترسل بعض المستشفيات النسخة الأصلية وتحفظ بصورة عنها ، وعندما تعاد النسخة الأصلية يتم إتلاف الصورة . ولحماية خصوصية المريض تعامل الصورة باحترام معاملة الأصل ، ولذلك يجب إتلافها عندما تنتهي المحكمة منها وتعاد إلى قسم السجلات . وتطبق الخطوات التالية على السجلات الطبية الأصلية والمصورة .
- يجهز نموذج استلام لتوقيع مكتب الاستلام في المحكمة عليه . وقد يحتاج هذا النموذج إلى معلومات محدودة كرقم المذكرة وتاريخ استلامها واسم المحامي الذي طلب السجلات الطبية واسم المريض ورقم سجلاته الطبية ؛ وعدد الصفحات ( النماذج ) وتاريخ إرسال السجلات الطبية إلى المحكمة .

وقد ترغب بعض المستشفيات باستخدام نموذج أكثر تعقيداً كالنموذج التالي :

### نموذج استلام السجلات الطبية الأصلية

#### استلام سجلات طبية أصلية

التاريخ: .....

الجهة المرسله : ( اسم المستشفى ) .....

العنوان : ( عنوان المستشفى ) .....

عن المريض : ( اسم المريض ) ..... رقم سجله الطبي : .....

مجموع الصفحات ( النماذج ) : .....

- صفحة ملخص .....

- صفحة تعريف شخصية .....

- نموذج القصة السريرية عند القبول .
- نموذج الفحص السريري الفيزيائي .
- ملاحظات تطور حالة المريض .
- ملاحظات التطور التمريضية .
- نماذج الصور وضغط الدم والنبض والتنفس .
- نماذج توازن السوائل .
- التقارير الباثولوجية .
- تقارير الأشعة .
- تقارير العمليات الجراحية .
- تقرير التخدير
- نماذج المعالجات الطبية .

يجب إعادة هذا السجل إلى : اسم المستشفى

بتاريخ : ( إذا كان التاريخ معروفاً )

يرسل إلى : ( اسم مدير السجلات الطبية في المستشفى )

توقيع مدير مكتب الاستلام في المحكمة :

نماذج أخرى :

- يوضع السجل الطبي في مغلف كبير ويوضع عليه عنوان الموظف المسؤول في المحكمة ( أو شخص معين ) مع إشعار استلام مرتبط في المقدمة . يوضع القائف بمكان السجل ويكتب عليه أن السجل قد أرسل إلى المحكمة مع تاريخ الإرسال .
- يجب أن يرسل السجل الطبي بالبريد المضمون أو الوسائل المضمونة بشكل كاف إلى موظف المحكمة المسمى في مذكرة المحكمة والتأكد من توقيعه على وصل الاستلام أو توقيع الشخص الذي يستلم المغلفات رسمياً .
- يجب أن يشمل الضمان الكافي إرسال السجل باليد مباشرة من المستشفى أو مركز الرعاية الصحية إلى موظف المحكمة المسؤول عن ذلك مباشرة بوساطة موظف من المستشفى أو المركز الطبي أو بوساطة خدمة السعاة الرسمية .
- في بعض البلاد يأخذ مدير السجلات بذاته السجل المطلوب إلى المحكمة في اليوم المحدد والزمن المقرر . وقد يكون من المطلوب التأكد من حفظ السجلات في مكان العمل ضمن المستشفى دون أن يتمكن أحد من غير المرخص لهم العبث فيها وبمعلوماتها .
- إذا لم يتم إعادة السجل إلى المستشفى خلال التاريخ المقرر فعلى مدير السجلات التأكد من المحكمة فيما إذا كانت قد انتهت من السجل . فإذا كانت كذلك فيجب إعادته فوراً إلى قسم السجلات ، وإن لم يكن كذلك فيجب تحديد موعد التاريخ المحتمل للانتهاء منه وإعادته إلى القسم
- عند إعادة السجل من المحكمة يجب التأكد من وجود كامل عدد الصفحات ( النماذج ) التي أرسلت ! ثم تعاد الصفحات التي نزعت مسبقاً ليصبح السجل كاملاً فيعاد إلى مكانه ! ويسحب القائف الذي حل محله عندما أستخرج من مكانه .

### مواضيع هامة طبية قانونية أخرى

- تذكر أن هناك اختلافاً في القوانين بين بلد وآخر، ويجب أن تألف قوانين بلدك في التعامل مع المطالب الطبية القانونية . وعندما لا تكون هناك قوانين أو أنظمة ضابطة فيجب اعتماد ممارسات معينة من قبل إدارة المستشفى يجب أن يطبقها فريق السجلات الطبية .
- إن طلب المعلومات من قبل الشرطة أو القسم الحكومي إذا لم يكن المريض قد سمح لأحد بالوصول إلى معلوماته الموجودة في السجل من قسم السجلات الطبية فإن هذا الطلب يعالج من قبل الطبيب المعالج أو من قبل أعلى مسؤول بين موظفي مركز الرعاية الصحية . وباستثناء الظروف التي يؤكد فيها الشرطة أنهم يبحثون عن المعلومات الأساسية كواجب لتنفيذ أوامر قيادة الشرطة عندئذ يجب أن تكون المعلومات المحددة تتعلق بتعريف المريض وعنوانه فقط . وأما باقي المعلومات فتعطى من أجل البحوث العلمية فحسب .
- يجب على الطبيب المعالج أو موظفي الرعاية الصحية أن يكونوا مسؤولين عن تحري الطلبات القانونية والتأكد من المعلومات المعطاة بحيث لا تتجاوز المعلومات المطلوبة والمتعلقة بها .
- يتحمل المريض تكاليف جميع الصور المطلوبة للسجل الطبي والتي تجري من قبل المريض أو من يسمح له بذلك ولا تتحملها المستشفى . وتبقى الرعاية والمعالجة من حق المريض .
- كقاعدة عامة يقتصر الوصول إلى السجلات الطبية على الموظفين الصحيين المسؤولين عن متابعة رعاية المريض صحياً .

## تذكر :

لا يجوز كشف أي معلومة من معلومات المريض إلا بعد موافقته بما فيها حقيقة أن هذا الشخص مريض . ويجب احترام طلبات المريض إذا قرر عدم كشف معلوماته إطلافاً أو أن يتم ذلك في ظروف محدودة ..

قد تستخدم السجلات الطبية للبحوث والإحصائيات دون موافقة المريض طالما أن المريض لا يذكر صراحة بالاسم أي لا يتم تعريفه .

تتطلب القضايا الطبية القانونية بشكل ضروري سجلات طبية دقيقة وذات كفاية عالية . ومعنى ذلك أن السجلات الطبية يجب أن تبين بشكل واضح طبيعة المعالجة المقدمة للمريض ومن الذي يقدمها ومتى تعطى . ومن أجل حماية المستشفى والطبيب ومهنيي الرعاية الصحية يجب أن تظهر بأن الرعاية والخدمات المقدمة تشمل على رعاية صحية جيدة وعالية .

### زمن الأسئلة

هل أنت مسؤول عن المراسلات الطبية القانونية ؟

إذا لم يكن الأمر كذلك فمن المسؤول وما دورك في هذا الموضوع ؟

هل تتلقى المستشفى الذي تعمل فيه مزيداً من الطلبات عن المعلومات من قبل المحامين ؟

إذا كان الأمر كذلك ما الإجراءات المتخذة للتعامل مع هذه الطلبات ؟

هل أنت منتهب للقوانين الضابطة لإفشاء المعلومات في بلدك ؟

هل ترسل المستشفى الذي تعمل فيه السجلات الطبية إلى المحكمة ؟

إذا كان الأمر كذلك فهل يستخدم النظام القضائي في بلدك المذكرة القضائية أو الأمر القضائي ؟

إذا كانت الإجابة نعم فماذا يدعى هذا الشيء في بلدك ؟

وإذا كانت الإجابة لا فماذا يدعى النظام في بلدك ؟



## الفصل السابع

### قسم الطوارئ في مستشفى تعليمي كبير



### سجلات المرضى الخارجيين

عندما تقدم خدمات رعاية صحية للمريض دون أن يقبل في المستشفى فإنه يدعى بالمريض الخارجي أو الإسعافي . وسنبداً بمناقشة المرضى الخارجيين، وكما في المرضى الداخليين فإن الواجب الأول لفريق المرضى الخارجيين هو تعريف المريض وإعطائه رقماً يسجل على سجله الطبي إذا لم يكن قد راجع العيادات الخارجية سابقاً . وتتشابه الإجراءات المتخذة مع إجراءات المرضى الداخليين .

تذكر:

.....

إن تجميع تعريف المريض الدقيق هو الخطوة الأولى في إنشاء السجل الطبي .

### هناك ثلاثة طرق يمكن أن تحفظ بها السجلات الطبية للمرضى الخارجيين .

- × توثق زيارات المريض الخارجي كالملاحظات التي توضع في سجل المريض الداخلي . وتفضل بعض المستشفيات وضع ملفات ملاحظات المريض الخارجي في نهاية ملاحظات المريض الداخلي ! بينما يضعها آخرون في المقدمة بقصد سهولة الوصول . وفي كلتا الحالتين توضع عادة خلف قسم المرضى الخارجيين
- × توثق زيارات المريض الخارجي كسجلات معزولة .
- × توثق زيارات المريض الخارجي في سجل طبي محفوظ .

في كثير من الدول تعزل السجلات الطبية للمرضى الخارجيين عن السجلات الطبية للمرضى الداخليين . وإن الحالة المثالية تكون عندما يجمع كلاهما في مصنف واحد وتحت رقم واحد . ويفيد هذا النظام المرضى بأن تكون جميع المعلومات الصحية حول مرضهم موجودة في سجل واحد ومكان واحد من المستشفى ليسهل استمرار تقديم الرعاية لهم . كما يفيد ذلك الطبيب بحيث يقدر على الرجوع للمعلومات السابقة عندما تبدأ معالجة المريض من هجمة جديدة أو مرض سابق أو مرض جديد .

في كثير من الدول النامية يصعب معرفة أسماء المرضى وأرقام سجلاتهم سلفاً ممن تلقوا الرعاية الصحية والخدمات في العيادات الخارجية وتمييزها عن من لم يتلقوا هذه الخدمات أو لم يتمكنوا من تلقيها ، ولذلك تم اتباع نظام المواعيد للمرضى الخارجيين . وبدون اتباع نظام مواعيد المرضى الخارجيين لا يمكن استعادة السجلات الطبية قبل وصول المريض للمستشفى . وبالإضافة إلى ذلك فإن أرقام المرضى الخارجيين عالية الرقم عادة ، ويعوق ذلك المستشفى في جمع سجلات المرضى الداخليين مع الخارجيين .

إذا كان جمع سجلات المرضى الداخليين والخارجيين غير ممكن فإن المستشفى تستخدم الرقم ذاته ولو كانت أمكنة السجلات مبعثرة في مناطق مختلفة ، ويسمح ذلك بالاستعادة السريعة لسجلات المرضى الداخليين والخارجيين في آن واحد عند الحاجة إليها . وللمساعدة في استمرار الرعاية في حالة عزل سجلات المرضى الداخليين عن الخارجيين توضع نسخة من ملخص تخريج المريض الداخلي في سجله الطبي كمريض خارجي .

وبالنظر إلى المشاكل الكثيرة المرافقة لجمع السجلات الطبية في كثير من الدول فإننا سنفترض في هذا الفصل أن السجلات الطبية للمرضى الداخليين والخارجيين قد نظمت بشكل مستقل ومعزول ولكنها ذات رقم واحد .

في بعض الدول يوجد نمطان من العيادات الخارجية :

- عيادات خارجية عامة .
- عيادات خارجية تخصصية .

## العيادات الخارجية العامة

تخصص هذه العيادات للمرضى الذين يأتون إلى المستشفى بقصد معالجة أمراض أو مشاكل بسيطة كالعدوى التنفسية الحادة البسيطة ، والإصابات الصغرى ( كالجروح والكدمات والوثي أو التواء المفاصل) ، والسعال والبرد والانفلونزا والصداع ... وفي بعض البلدان تقوم الممرضة بمشاهدة المرضى الخارجيين العاميين .

وفي العادة لا يحتاج المرضى الخارجيون العاميون لمواعيد مسبقة . وفي كثير من البلدان كثيراً ما تستقبل العيادات الخارجية في المستشفى أو مركز الرعاية الصحية المرضى في الصباح .

### أنماط السجلات الطبية للمرضى الخارجيين

إن تصميم نمط السجل الطبي في العيادات الخارجية العامة يجب أن يحدد ما يلي :

- عدد الخدمات اليومية التي تقدم للمريض .
- عدد الفريق المكلف بأرشفة ملفات المرضى الخارجيين أو استعادتها .
- إرشادات الأطباء حول الحاجة للمعلومات السابقة عن زيارات المريض الخارجي السابقة .

في بعض البلدان لا تحتفظ المستشفى بالسجلات الطبية للمريض الخارجي وفي هذه الحالة يوثق الطبيب الزيارة في السجل الصحي الموجود لدى المريض . ويمكن أن يحتوي هذا السجل على معلومات الوضع الصحي للآم أو الطفل، ويمكن أن يطلب من المريض اختيار كتاب التمارين ( يباع من قبل المستشفى) . إن استخدام السجل الطبي الخاص بالمريض والذي يبقى بحوزته يساعد في تخفيف مشكلة الأرشفة اليومية الضخمة لسجلات العيادات الخارجية العامة . إلا أن المشاكل المرتبطة باستخدام السجلات الطبية كثيراً ما تتجاوز الفوائد المرجوة منها . وتشمل بعض هذه المشاكل أنه:

- قد لا يحضر المريض سجله الصحي الذي بحوزته إلى العيادة الخارجية .
- قد يفقد المريض سجله الصحي .
- قد يكون هناك عبث في السجل الصحي .

إذا لم تستخدم السجلات الصحية التي تبقى لدى المريض وترغب المستشفى أو المركز الصحي بالاحتفاظ بالسجلات الطبية أو الصحية فيجب توثيق زيارات العيادات الخارجية العامة والمحافطة على نظام السجلات الطبية على شكل

- سجل طبي واحد يجمع سجل المريض الذي قبل في المستشفى كمريض داخلي مع سجله الخاص بالعيادة الخارجية .
  - بطاقة مريض خارجي أو سجل ورقي بشكل معزول . ويفضل تنظيم السجل الورقي كبطاقة صغيرة بشكل عام مع وجود رقم يحدد عدد البطاقات المربوطة بها والتي تميل للتلف وصعوبة الأرشفة والاستعادة .
- وفي كلا الحالتين يجب الأخذ بعين الاعتبار عدد الملفات المطلوب أرشفتها أو استعادتها .

تذكر :

إذا لم توضع بطاقات العيادات الخارجية العامة في مكانها المناسب في نهاية كل يوم فقد يصبح من الصعب فعل ذلك لاحقاً .

- يجب أن تشمل المعطيات المجموعة للمرضى الخارجيين على :
- تعريف المريض تماماً كما في المريض الداخلي .
- القصة المرضية المتعلقة بموجودات المرض الحالية والموجودات الفيزيائية السريرية .
- الملاحظات السريرية
- تقرير عن الاختبارات والإجراءات التي تم إنجازها .
- نتيجة الزيارة : مثلاً ضرورة المتابعة أو دخول المستشفى أو لا حاجة لمعالجة إضافية أو انتهاء المعالجة ..
- بطاقة زمر الأطفال .
- معلومات مرجعية كالمراسلات بين الطبيب المحلي والممرضة الاجتماعية .
- يجب على من يشاهد المريض طبيباً كان أو ممرضة أن يوقع على البطاقة لإثبات المسؤولية حول المعلومات المكتوبة .

يمكن جمع المعلومات ذاتها إذا زار المريض مركزاً صحياً آخر أو عيادة أخرى .  
ويجب ترتيب المعلومات بشكل مناسب للمكان الذي تتم الإحالة إليه حسب الأصول اليومية التي اعتادوا عليها .

### العيادات الخارجية التخصصية

في كثير من الدول توجد عيادات تخصصية للمرضى الذين هم بحاجة لمشاهدة طبيب مختص في حالات معينة .

في العادة يعاني المريض المحتاج لعناية تخصصية من مرض مزمن ( كارتفاع الضغط الشرياني أو السكري .. )، أو طفل أو مريض داخلي حديث .. ويجب أن يكون هناك دفتر مواعيد لتحديد موعد للاختصاصيين . وخلال يوم العيادة يجب مراعاة ما يلي :

- إن الحضور وعدم الحضور معلومة مطلوبة لقياس عبء العمل في كل عيادة وتحديد عدد المواعيد التي تعطى ولا يحضر المريض فيها .
- في نهاية كل شهر يجب تحديد عدد المواعيد الممنوعة وعدد الحالات التي تم إخلاف الموعد فيها في كل عيادة وتضمين ذلك في التقرير الشهري .
- يجب اتباع الطريقة ذاتها مع مرضى العيادات الخارجية العامة كما هو مشروح لاحقاً .

## حساب عدد المرضى الخارجيين

إن المعلومات التي تحددها سلطات المستشفى هي التي تحدد المعلومات الواجب جمعها عن المرضى الخارجيين، ويجب أن يتأكد الشخص المسؤول عن جمع هذه الإحصائية بأن التعريف المستخدم فيها يطبق على جميع المرضى الخارجيين .

- تساعد المعلومات المجموعة عن المرضى الخارجيين المستشفى أو المركز الصحي في تحليل نماذج الرعاية مع ديموغرافيا جمهرة المرضى .
- تحتفظ بعض المستشفيات بسجل للمرضى الخارجيين، ولكن إذا لم تستخدم المعطيات الموجودة في السجل بشكل منتظم ولم يكن هناك من طريقة أخرى لجمع المعطيات فيجب ألا يتم الاحتفاظ بسجل المريض وسيضيع الكثير من وقت الموظفين في الاحتفاظ بهذه السجلات .

### بعض التعاريف المستعملة في إحصائيات قسم المرضى الخارجيين

- هناك اختلاف بين عدد زيارات المرضى وعدد الخدمات المقدمة للمريض الخارجي في اليوم ذاته .
- زيارات المرضى : تشمل جميع الخدمات المقدمة للمريض الخارجي في زيارة واحدة لقسم العيادات الخارجية .
  - الفرص الخدمية : أعمال محددة ونوعية من الخدمة التي تقدم للمريض كإنجاز اختبار أو الفحص الطبي، أو تقديم معالجة ما أو إجراء عملية، ويشمل ذلك المشورات الهاتفية في بعض الدول .

تذكر:

تظهر الملاحظات السابقة مدى أهمية دقة تجميع المعطيات الدقيقة .

- إذا رغبت المستشفى أن تحصي عدد المرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية يومياً فيجب عندئذ استخدام تعريف زيارة المرضى الخارجيين . وفي الزيارة الواحدة قد يتم إجراء اختبارات متعددة للمريض الواحد أو تتم مشاهدته من قبل واحد أو أكثر من مهنيي الرعاية الصحية . وهذا ما تمثله فرص أو عدد الخدمات المقدمة ولا تحتسب عند إحصاء عدد المرضى، وإحصاء العدد الحقيقي للمرضى الذين راجعوا في فترة معينة وبدقة ( مثلاً خلال شهر ) فعندئذ يجب استخدام تعريف زيارة المرضى .
- إذا رغبت المستشفى في معرفة عدد الخدمات المقدمة أي عدد الخدمات المقدمة لمريض واحد خلال الزيارة الواحدة فعندئذ يستخدم هذا التعريف . وهذا يعني أنه من أجل إحصاء عدد الخدمات المقدمة من جميع الأقسام الموجودة في قسم المرضى الخارجيين للمريض الواحد فيجب عندئذ حساب جميع الخدمات المقدمة لهذا المريض .

### إحصائيات المرضى الخارجيين

تجمع الإحصائيات السابقة لتقييم حجم العمل في كل عيادة ! والتخطيط للاحتياجات المستقبلية . وقد يتبين أن فريق العيادة الجراحية يشاهد ضعف عدد مرضى باقي العيادات، فإذا كانت الحالة كذلك فيجب مضاعفة فريق العيادة الجراحية في أيام العيادات الجراحية . وقد يكون زمن انتظار المرضى طويلاً فتقرر إدارة المستشفى النظر في إحصائيات كل عيادة لملاحظة فيما إذا كان السبب يكمن في إعطاء مواعيد لعدد كبير من المرضى في حين لا يكون عدد الفريق الطبي كافياً . ويجب أن تتضمن المعطيات المجموعة عن المرضى الخارجيين ما يلي :

- عدد الزيارات الإجمالي للمريض ، الزيارة الأولى والزيارات التالية، وتصنف المجموعات بحسب العمر والجنس .
- العدد الإجمالي لفرص الخدمات .
- نمط المرض أو المشكلة ، وإذا لم يسجل مرض معين فتسجل في العادة دواعي وأسباب الزيارة .

هناك طريقة واحدة لإحصاء عدد المرضى الخارجيين باستخدام صفحة تسجيل خاصة بذلك حيث تجمع وتسجل يومياً في دفتر إحصاء المرضى الخارجيين . ويتم ملء هذا السجل من قبل الفريق السريري لقسم العيادات الخارجية .

### نموذج من سجل إحصائيات العيادات الخارجية العامة :

يشطب "٠" في كل زيارة . ومن المهم عزل الزيارة الأولى عن الزيارات المكررة، ويجب أن يحدد الزمن صباحاً أو بعد الظهر أو مساءً أو ليلاً .

اليوم: والتاريخ		الزمن		اسم المستشفى أو المركز الصحي	
١٢-٠ شهراً		١-١٤ سنة		٦٠ سنة فما فوق	
ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث

- في نهاية كل يوم يؤخذ السجل الإجمالي التام للمرضى الخارجيين من العيادات ثم يلخص في النموذج الإحصائي اليومي للمرضى الخارجيين .
- وفي نهاية كل شهر تجمع الإحصائيات اليومية الملخصة إلى بعضها لاستخراج مجمل الإحصائية الشهرية التي توضع في التقرير الشهري .
- ومن أجل الإحصائيات السنوية تجمع الإحصائيات الشهرية إلى بعضها لاستخراج النتيجة الإحصائية السنوية .

### مرضى الطوارئ ( الإسعاف )

يحتاج مرضى الطوارئ الذين يأتون إلى قسم الإسعاف المركزي في المستشفى أو المركز الصحي إلى تقديم الرعاية المباشرة والسريعة لمعالجة مرضهم أو إصابتهم . ويجب إنجاز تسجيل المعلومات الطبية الإسعافية بسهولة وسرعة أثناء تقديم الرعاية المركزية للمريض . وإذا تم إحضار المريض إلى المستشفى بوساطة سيارة الإسعاف يبدأ جمع المعطيات أثناء نقل المريض في سيارة الإسعاف إلى المستشفى . وفي هذا الوقت يتم إنشاء السجل لتسجيل حالة العلامات الحيوية أثناء النقل أيضاً، وكذلك طبيعة المرض أو الإصابة وأي إجراء أو عمل جراحي قد أنجز للمريض . وعند الوصول إلى المستشفى تسلم نسخة من سجل الطوارئ إلى قسم الإسعاف لإمكانية تضمينها في سجل الخدمة الإسعافية للمستشفى .

## سجلات الطوارئ ( الإسعاف )

يعرف مرضى الطوارئ كما في حالة المرضى الداخليين والخارجيين ، فإذا كان المريض داخلياً أو خارجياً فيما مضى فتستخرج بطاقته السابقة لتكون متاحة من أجل الرعاية الإسعافية إذا تطلب الأمر .

- قد تستخلص معلومات تعريف المريض إما منه مباشرة أو من أهله أو من يرافقه من غير أهله .
  - ويجب أن تشتمل المعلومات المدونة في السجل الطبي الإسعافي ما يلي :
  - زمن وصول المريض إلى الإسعاف ووسيلة وصوله ، مثلاً بوساطة سيارة الإسعاف ..
  - قصة المريض المتعلقة بسبب إحضاره لتلقي الرعاية في قسم الإسعاف المركزي .
  - الرعاية الإسعافية التي أعطيت له قبل الوصول .
  - الترتيبات التشخيصية والعلاجية .
  - الملاحظات السريرية .
  - تقرير الإجراءات والعمليات والاختبارات كـ
  - الانطباع السريري .
  - الخلاصة والتصرف النهائي كإعطاء المريض وصفة وإرساله إلى البيت لمتابعتها أو تحويله إلى العيادات الخارجية العامة أو التخصصية أو القبول في المستشفى أو وفاته في غرفة الإسعاف .
- وأما فيما يتعلق بكيفية حفظ محتويات السجل الإسعافي ومدة ذلك فكثيراً ما تتحدد بوساطة إدارة المستشفى أو الأنظمة الحكومية .

تذكر :

.....

إذا قبل مريض في المستشفى فيجب تضمين السجل الإسعافي في سجله الطبي المنظم كمريض داخلي .

يجب الاحتفاظ بسجلات قسم الإسعاف طيلة فترة بقاء الحالة فقط، ويعني ذلك الزمن القانوني المطلوب في البلد ليتمكن المريض من رفع دعوى قضائية .

ومن المنصوح به حفظ وتوثيق الزيارات الاختصاصية أو الإسعافية في السجل الطبي الموجود في المستشفى وليس في السجل الصحي المحمول لدى المريض، وعلى أية حال يجب تضمين السجل الصحي المحمول لدى المريض ملخصاً للزيارة أو القبول في المستشفى .

### تعداد مرضى الطوارئ

في بعض الدول التي لا يقبل فيها مرضى الإسعاف يدخل تعدادهم مع المرضى الخارجيين العامين، وأما التي يمكن أن يقبل فيها المرضى الإسعافيون في المستشفى فيحتسبون في هذه الحالة مع المقبولين كمرضى داخليين . وتحصي بعض المستشفيات المرضى الإسعافيين بشكل مستقل . ويمكن استخدام الاستمارة الإسعافية الخاصة لتعداد المرضى الإسعافيين كمرضى عيادات خارجية عامة .

ومن المهم أن نتذكر عدم حساب المرضى الإسعافيين الذين يقبلون في المستشفى مرتين، مرة كحالة إسعافية ومرة كحالة قبول في المستشفى ( مريض داخلي ) .

.....  
يجب ألا يقبل في المستشفى المريض الذي يصل إلى قسم الإسعاف متوفياً ، وبالتالي لا يحسب مع المرضى الداخليين .

### زمن الأسئلة

هل أنت مسؤول عن جمع إحصائيات مرضى العيادات الخارجية ؟

---

إذا كان الأمر كذلك فكيف تقوم بعملية الجمع ؟

---

ماذا تجمع ؟

---

من الذي يستخدم الإحصائيات ؟

---

هل يوجد قسم ( أو غرفة ) إسعاف في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

---

إذا كان الأمر كذلك ما نوع السجل الإسعافي الذي تحتفظ به ؟

---

هل يمكنك أن تحدد فيما إذا كان نظام السجل الإسعافي يمكن تطويره ؟ وكيف يكون ذلك ؟

---

ما الإحصائيات المجموعة في قسم الإسعاف ؟

---

من الذي يقوم بعملية الإحصاء ؟

---

## الفصل الثامن

### لجنة السجلات الطبية

أحد المرافق الصحية الحديثة

يجب أن يكون هناك لجنة سجلات طبية في كل مستشفى ، وهي التي تتخذ القرارات حول سياسة السجلات الطبية وإجراءات السجلات الطبية ونماذج هذه السجلات والإجراءات الأخرى في الأقسام والأجنحة المتعلقة بتدابير السجلات ومعلومات المرضى .

تعين لجنة السجلات الطبية النشيطة من قبل فريق المستشفى ومن بين أعضائه وتعمل وفق علاقة وثيقة بين موظفي السجلات الطبية وفريق المستشفى . وإن مثل هذه اللجنة مع رئيسها يمكنها أن تعمل الكثير في المداومة على تطوير السجلات الطبية المعيارية وخدمات هذه السجلات . وتدعم هذه اللجنة مدير السجلات الطبية وتساعد على إنجاز الأنظمة اللازمة لإتمام السجلات الطبية كاملة .

ويجب أن يمثل الأعضاء الخدمات السريرية المختلفة في المستشفى وتتنقل وفق قواعد سنوية بحيث يتم تمثيل جميع الخدمات الحقيقية .

#### نقاط مرجعية

إن لجنة السجلات الطبية مسؤولة عن جميع المسائل المتعلقة بمحتويات السجلات الطبية وتوفير الاحتياطي من خدمات هذه السجلات في المستشفى . وتجتمع لجنة السجلات الطبية في المستشفيات الكبيرة كل شهر وأقل من ذلك في المستشفيات الصغيرة . ويجب أن تجتمع على الأقل أربع مرات سنوياً .

يجب أن تتألف اللجنة من المهتمين بالسجلات الطبية وجودتها والذين يتم تجهيزهم لتقديم الحافز للآخرين من الأطباء الشباب ، وهم بذاتهم نماذج خاصة تدل على ذلك . ويجب ألاكثقل اللجنة عن ثلاثة أعضاء ولا تزيد عن ستة . فاللجنة الكبيرة غير عملية .

مثلاً يجب أن تشمل لجنة السجلات الطبية على :

- ممثل عن الأطباء الداخليين والجراحين .
- ممثل عن إدارة التمريض .
- ممثل عن إدارة المستشفى .
- ممثل عن فريق الرعاية الصحية والمعالجة الفيزيائية والأعمال الاجتماعية ..
- مدير السجلات الطبية .



ويمكن أن يدعى أعضاء آخرون إلى اللجنة إذا كان دخولهم مطلوباً كالمختصين بالعظام وتقويمها والأطفال والتوليد... وفي مرافق الرعاية الصحية الكبيرة يمكن أن تضم اللجنة ممرضات عن الأجنحة.

## المسؤوليات

إن لجنة السجلات الطبية مسؤولة عن :

- التأكد من إتمام السجلات الطبية بشكل دقيق ، وأنها متاحة وجاهزة لكل مريض عولج في المستشفى .
  - المساعدة في التأكد من أن الفريق الطبي قد أتم جميع السجلات الطبية لجميع المرضى المتخرجين بتسجيل التشخيص النهائي وكتابة ملخص عن التخريج ( في حيث يكون ذلك مطلوباً ) .
  - تحديد معايير وسياسات خدمات السجلات الطبية لمرفق الرعاية الصحية .
  - تقديم النصائح والإرشادات عندما تنشأ مشاكل تتعلق بالسجلات الصحية وخدمات هذه السجلات .
  - إنشاء نماذج طبية جديدة أو تضبيب السجلات الطبية الموجودة سابقاً والمستعملة في مرفق الرعاية الصحية (يجب موافقة أعضاء لجنة السجلات الطبية على جميع النماذج قبل وضعها قيد الاستعمال) .
  - مساعدة مدير السجلات الطبية ليكون رابطاً مع باقي الفريق الطبي أو الأقسام أو باقي الأقسام في مرفق الرعاية الصحية .
- ومن المهم أن يصدق الفريق الطبي على القوانين والأنظمة التي تتعلق بإتمام السجلات الطبية .

## زمن الأسئلة

هل توجد لجنة سجلات طبية في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

إذا كان الأمر كذلك فمن هم الأعضاء المكونين لها وهل مدير قسم السجلات الطبية واحد منهم ؟

وفي حال النفي هل تعتقد بأنه يمكن إنشاء هذه اللجنة ؟

إذا كانت الإجابة نعم فمن سيشكلها ؟

## سياسات السجلات الطبية

سري  
CONFIDENTIAL  
سجل طبي  
MEDICAL RECORD

NOT TO BE REMOVED FROM THE HOSPITAL

يعتمد معظم إجراءات قسم السجلات الطبية على سياسة السجلات الطبية . ويتم تخطيط السياسات في أماكن تحديد الأغراض المطلوبة واتخاذ القرارات . ويمكن لرؤساء أقسام السجلات الطبية وضع سياسات نوعية خاصة بأقسامهم ، ولكن يجب أن تكون محددة بأنشطة القسم وفعالياته ولا تتعارض مع السياسات التنظيمية للمستشفى .

ومن العادة أن تكون هذه العملية من مسؤولية المشرف العام على تدابير المستشفى بالمشاركة مع لجنة السجلات الطبية للتصديق والموافقة على السياسات المتعلقة بخدمات السجلات الطبية .

يجب أن يكون لكل بلد سياسات وطنية للسجلات الطبية وكثيراً ما تكون وزارة الصحة في كثير من البلدان مسؤولة عن وضع أو إنشاء كثير من سياسات المستشفيات أو المراكز الصحية . وقد تختلف السياسات من بلد لآخر بحسب الأمور القانونية والثقافية السائدة في ذلك البلد . وحالما يتم تحديد السياسات المقررة يجب كتابة الإجراءات التطبيقية لها لتوضع قيد التنفيذ ويتم التأكد من اتباع هذه السياسات .

وتشمل بعض سياسات السجلات الطبية المهمة :

- وصول المرضى لسجلاتهم الطبية
  - الخصوصية والموثوقية ومتى يتم كشف معلومات المرضى .
  - تعزيز السجلات الطبية .
  - تخريب السجلات الطبية غير الفعالة ( العاطلة ) .
- وهناك مجموعة من الأسئلة يمكن التطرق لها عندما نأخذ بعين الاعتبار إنشاء أو وضع سياسة تتدخل في الحالات التالية :

### وصول المرضى إلى سجلاتهم الطبية

إن إمكانية وصول المرضى إلى سجلاتهم الطبية يختلف من بلد لآخر ومن مستشفى لآخر طالما لا توجد سياسة وطنية موحدة حول هذا الموضوع . وأنت بحاجة للتحرى فيما إذا كانت هناك سياسة جديدة في بلدك أو المستشفى الذي تعمل فيه حول هذا الموضوع . وإذا كان مسموحاً للمرضى الوصول إلى سجلاتهم في المستشفى الذي تعمل فيه فعليك التأكد من وجود سياسة تركز على تنظيمات معدة وإجراءات مناسبة لهذا الوصول يتابعها فريق عمل في القسم الذي تعمل فيه .

وهناك بعض الأسئلة تحتاج الإجابة عليها :

- هل يسمح للمرضى بمشاهدة سجلاتهم الطبية ؟
- إذا كانت الإجابة نعم ، ما الإجراءات التي يجب اتباعها عندما يشاهد المرضى سجلاتهم ؟
- ما المعلومات الطبية التي يمكن كشفها للمرضى ؟

وفي بعض الدول للمريض الحق في مراقبة ونسخ وتعديل سجلاتهم الطبية . ويمكن أن يسمح للمرضى بتعديل المعطيات التي يعتقدون بأنها غير صحيحة ، ولا يكون ذلك بتغيير ما هو مكتوب بل بكتابة التعديل أو التصحيح مع تعريف واضح بأن هذا التعديل قد أدخل بواسطة المريض .

## زمن الأسئلة

هل يسمح للمرضى في المستشفى الذي تعمل فيه بقراءة سجلاتهم أو مشاهدتها ؟

إذا كانت الإجابة نعم ، فهل هناك سياسة مكتوبة وما الإجراءات المطبقة في ذلك ؟

## الخصوصية والموثوقية أو السرية وكشف معلومات المرضى

تذكر:

إن السجل الطبي وثيقة طبية خاصة وسرية ويجب الأخذ بعين الاعتبار حق المريض في حفظ خصوصيته وسريتها في كل الأحوال .

إن المعلومات الموجودة في السجل الطبي تخص المريض وتمثل اتصالاً خاصاً موثقاً بين الطبيب والمهنيين الصحيين الآخرين ذوي العلاقة . ويجب حماية السجلات الطبية من الأشخاص غير المرخص لهم بمشاهدتها ، ويجب حفظها في مكان آمن ويجب أن توجد سياسات مفصلة تتعلق بسرية وموثوقية السجلات وكشف معلومات المرضى .

## الكشف عن معلومات المرضى

يجب على مدير السجلات الطبية وضع سياسة مصدقة من قبل لجنة السجلات الطبية حول إفشاء معلومات المرضى . ومن المهم التأكيد على أن جميع الفريق الطبي ليس فقط في قسم السجلات الطبية بل في جميع أقسام المستشفى منتهين لهذه السياسة ويطبقونها تماماً .

هناك أربع طرق لإفشاء المعلومات:

- الوصول المباشر للسجلات الطبية .
- تقديم ملخص للتفاصيل المطلوبة .
- كشف المعلومات شفهاياً .
- نسخة مصورة عن الأصل .

يجب أن يكون هناك سياسة خاصة تتحكم بنمط كشف المعلومات ، فمثلاً:

يجب ألا يحصل غير المرخص لهم بالوصول على أي معلومات ولو كانت جزئية وإخراجها خارج مكان الملفات. ولا حتى قراءتها أو نسخها أو التلاعب بها .

إذا كان هناك طلب لمعلومات معينة من سجلات المرضى فيجب أن يحتوي الطلب على ما يلي :

- اسم المريض الكامل وعنوانه وتاريخ الولادة .
- اسم الشخص أو الأشخاص أو المؤسسة من الذين يطلبون المعلومات .
- الهدف والحاجة للمعلومات .
- درجة وطبيعة المعلومات التي يجب كشفها متضمنة التواريخ .
- موافقة على السماح بذلك وتاريخ حديث ، وموقعة من قبل المريض أو من يمثله كأبي الطفل .

وعند وضع سياسة تتعلق بكشف معلومات المريض وخصوصياته هناك أسئلة يجب الإجابة عليها تتضمن :

- هل هناك نموذج خاص يتعلق بموافقة المريض على كشف معلوماته وخصوصياته ويجب أن يكون قد وقع عليه قبل كشفها ؟
- هل هناك أي شخص خارج المستشفى أو المركز الصحي مسموح له بالوصول إلى معلومات المرضى؟
- هل هناك شروط أو تسهيلات خاصة للشرطة أو قوى الأمن لمشاهدة السجلات الطبية ؟
- ما القوانين المتبعة لحماية السجلات الطبية بالقفل عليها في قسم السجلات الطبية خارج أوقات الدوام الرسمي .
- ما القوانين الخاصة المطبقة حول كشف معلومات المريض لباقي الناس ( أقرائه أو أصدقائه أو شركات الضمان أو المحامين .. ) ؟
- هل يمكن كشف معلومات المرضى للناس الآخرين بقصد البحوث العلمية .
- هل هناك قوانين خاصة بالأطفال ؟
- هل هناك قوانين خاصة بالمرضى المتوفين ؟
- ما النماذج والسجلات المستعملة للطلبات المسجلة حول كشف معلومات المرضى من السجلات الطبية ؟
- ما الغرامات المترتبة على من يخرق هذه القوانين ؟

من الأفضل وجود سياسات مكتوبة حول كشف معلومات المرضى وأن يكون جميع الفريق الطبي قد ائتمنت تطبيق هذه السياسات .

### زمن الأسئلة

هل تكشف المعلومات الموجودة في سجلات المرضى الخاصة بالمستشفى الذي تعمل فيه ؟

إذا كانت الإجابة نعم فلن تكشف وتحت أي ظرف ؟

## سياسة الاحتفاظ بالسجلات الطبية

يجب حفظ السجلات الطبية في المستشفى لأطول مدة ممكنة بحسب المهلة القانونية ( الاحتفاظ بها من أجل القضايا القانونية) أو الأنظمة القانونية لحفظ السجلات في الدولة .

وقبل تحديد سياسة الاحتفاظ بالسجلات يجب على إدارة المستشفى مراجعة استخدام السجل بعد التخريج .

وهناك حاجة للإجابة على بعض الأسئلة وتشمل :

- كم تبلغ المدة التي يجب الاحتفاظ فيها بالسجل بعد آخر زيارة للمريض ؟
- هل هناك قوانين مستقلة لسجلات الأطفال ؟
- إذا لم تحفظ السجلات الطبية كيف يتم إتلافها ؟
- هل هناك أمراض خاصة توجب الاحتفاظ بالسجل مدى الحياة ؟
- ما الغرامات المترتبة على خرق هذه القوانين ؟
- من الذي يصادق على إتلاف السجلات الطبية ؟

بشكل عام يعتمد الاحتفاظ بالسجلات الطبية في خزانة السجلات الفعالة على :

- حجم المكان المتاح في مكان التخزين ( الخزانة ) .
- معدل الاتساع السنوي للملفات الجديدة .

عند الأخذ بسياسة الاحتفاظ بالسجلات يجب على المستشفى الأخذ بعين الاعتبار ما يلي :

- معدل عودة قبول المرضى الداخليين .
- حجم البحوث الطبية التي يجريها فريق المستشفى .
- حالة المهلة القانونية ( المتطلبات القانونية ) .
- الكلفة المطلوبة لإيجاد مكان للملفات العاطلة ( غير الفعالة ) .
- كلفة إتلاف السجلات الطبية .

## زمن الأسئلة

هل هناك مهلة قانونية في بلدك ، وهي المدة التي يجب أن تحفظ بها السجلات للأغراض القانونية؟

هل هناك سياسة للاحتفاظ بالسجلات في المستشفى الذي تعمل فيه ؟

إذا كانت الإجابة نعم فما المدة التي يتم فيها الاحتفاظ بالسجلات الفعالة ؟

إذا كانت الإجابة لا فماذا تفعل بمكان التخزين والسجلات غير الفعالة ؟

---

## إتلاف السجلات الطبية

---

في كثير من البلدان وعندما يتم إتلاف السجلات الطبية بعد انقضاء فترة الاحتفاظ المطلوبة تبقى بعض المعلومات الأساسية بشكل سجل دائم فيه :

- اسم المريض وتاريخ الولادة .
- تاريخ القبول والتخريج .
- اسم الطبيب المعالج .
- الأمراض التي عولجت والعمليات التي أجريت .
- ملخص تخريج لكل حالة قبول إذا كانت أكثر من مرة .

بالإضافة إلى ترك سجل دائم للمريض توضع ملاحظة فيه بأن السجلات الطبية المفصلة قد أتلقت بناء على سياسة الاحتفاظ بالملفات .

- عند اتباع سياسة إتلاف السجلات الطبية العاطلة فيجب إتلافها بالحرق .
- وللتأكد من تمام إتلاف السجلات يجب أن يراقب ذلك مدير السجلات .

### زمن الأسئلة

هل تتلف المستشفى الذي تعمل فيه السجلات الطبية ؟

---

إذا كانت الإجابة نعم فهل هناك إجراء مكتوب حول ذلك وكيف يتم الإتلاف ؟

---

هل يشرف مدير السجلات على إتلاف السجلات الطبية ، وإذا كان الأمر كذلك فكيف يتم ؟

---

## الفصل العاشر

### مواضيع الجودة في خدمات السجلات الطبية



غالباً ما يكون قسم السجلات الطبية القسم الأول في مرفق الرعاية الصحية لإنجاز تحريات الجودة. ذلك أن هذا القسم يرتبط بكثير من أقسام مرفق الرعاية الصحية ، وكذلك لأن مكان السجلات الطبية هو أنسب مكان لتحري جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وعلاجهم . ويجب ملاحظة أن تحريات جودة السجلات الطبية كثيراً ما تتجم عنها أعمال تبدوا على أنها مطلوبة من قبل فريق من خارج قسم السجلات الطبية .

من أحد أساليب فحص الجودة أن نطلب من فريق من قسم آخر ليتحري قسم السجلات الطبية بناء على لائحة فحص معينة . وتحفظ نتائج فحوص الجودة هذه في بطاقة تبقى في قسم السجلات الطبية . وعندما تتحسن النتائج يكون شكل البطاقة مصدراً مرجعياً لفريق السجلات الطبية .

وكتيراً ما تكون هذه المعالجة بداية برنامج فحوص الجودة التقابلية للمقارنة مع باقي الأقسام والتي يمكن أن تؤدي إلى تحسين جودة الإجراءات في مرفق الرعاية الصحية إجمالاً .

### المناطق التي يمكن لمدير السجلات الطبية أن يقيم فيها إجراءات السجلات الطبية

هناك العديد من الإجراءات في قسم السجلات الطبية يمكن تقييمها . ويمكن أن تشمل بعض الأسئلة الدراسية لتقييم العمل في قسم السجلات الطبية ما يلي :

- هل توضع السجلات الطبية في مكانها المناسب مباشرة ؟
- هل غرفة السجلات نظيفة ومرتبطة ؟
- هل توضع بطاقات دليل المريض الرئيسي في مكانها مباشرة ؟
- هل تعاد جميع بطاقات المتخرجين من المستشفى في اليوم التالي للتخريج مباشرة إلى قسم السجلات الطبية ؟
- هل توضع جميع نماذج السجلات الطبية بترتيبها الصحيح ؟
- هل يتم إتمام جميع السجلات الطبية للمرضى المتخرجين ضمن الزمن المقرر بعد التخريج ؟
- هل ترمز السجلات الطبية بشكل صحيح ؟
- هل ترمز سجلات المرضى المتخرجين في آخر شهر حتى منتصف الشهر التالي للتخرج ؟
- هل تجرى الإحصائيات الشهرية والسنوية ضمن الزمن المقرر لها ؟

لإجراء الدراسة التقييمية يجب أن ينتقي مدير السجلات الطبية الزمن المناسب لهذه الدراسة ( مثلاً خلال شهر) ويحضر الاستبيانات المناسبة ويحدد المستوى القياسي أو المقبول للمطابقة التي تعتبر مناسبة للعمل المدروس . ويمكن استعمال النتائج لتحسين الخدمات في المناطق التي هي دون المقياس المطلوب من الإنجاز .

### تقييم محتويات السجلات الطبية

يتم تقييم محتويات السجلات الطبية عند مراجعتها لملاحظة إتمام ما يلي :

- تسجيل الأطباء جميع المعلومات الضرورية .
  - وجود توقيع الأطباء على جميع المداخل السريرية مع تاريخ التوقيع .
  - تسجيل الممرضات مع توقيعهن على الملاحظات اليومية لحالة المريض ورعايته .
  - جميع المعالجات مسجلة في نموذج المداواة مع التوقيع على جميع المعالجات الطبية الدوائية .
  - التأكد من تمام نموذج التخدير ( إن وجد ) وأنه قد تم التوقيع عليه .
  - التأكد من تمام نموذج العملية الجراحية ( إن وجدت ) وأنه قد تم التوقيع عليه .
- ومرة أخرى يجب تجهيز استبيانات الدراسة وتحديد المعيار ( مثلاً المطاوعة ١٠٠ % ) .

نموذج لائحة فحص:

مثال مستخدم - نموذج قبول:

ملاحظات	غير مطبق	لا	نعم	
				١- اسم المريض الأول
				٢- اسم العائلة ( الكنية )
				٣- كتابة رقم السجل الطبي للمريض
				٤- كتابة عنوان المريض
				٥- أشياء أخرى
				المجموع



## زمن الأسئلة

هل قمت بأي دراسة لضبط الجودة بالنسبة لعمل قسم السجلات الطبية ؟

---

إذا كانت الإجابة نعم فما هي وكيف حضرت وأجريت ؟

---

هل قام فريق قسم السجلات الطبية بدراسات ضبط الجودة حول محتويات السجلات الطبية ؟

---

إذا كانت الإجابة نعم فما جزء السجل الطبي الذي تمت دراسته ؟

---

إذا كانت الدراسة قد تمت فماذا حدث للنتائج ؟

---

هل أجرى فريق قسم السجلات الطبية فحص الجودة حول الترميز ؟

---

إذا كانت الإجابة نعم فما العمل الذي أخذ به فيما يتعلق بالنتائج ؟

---

## الفصل الحادي عشر

### نظام برمجة السجلات الطبية في الحاسوب



كما ذكر سابقاً فإن هناك كثيراً من البلدان يمتلك نظاماً حاسوبياً لإجراءات السجلات الطبية .ويهدف كثير من سلطات المستشفيات وإدارتها إلى إنشاء وتطوير برامج أتمتة وتخديم معلومات المرضى بحيث ترتفع كفاية وقدرة استعدادها لرعاية المريض وإجراء الإحصائيات والبحوث والتعليم . وعلى أية حال فإن النقطة الهامة التي يجب تذكرها بأن استخدام نظام الحاسوب قد يحسن فعالية وكفاية قسم السجلات الطبية ولكن فقط عندما تكون الإجراءات اليدوية الأساسية جاهزة وموجودة في مكانها وبشكل منظم جيداً .

إن إنشاء وتنفيذ مثل هذا النظام يتطلب تخطيطاً مفصلاً وتعاوناً بين موظفي السجلات الطبية وفريق الحاسوب وإدارة المستشفى .

في الولايات المتحدة الأمريكية توجد خمسة مستويات من الأتمتة قد حددت عند الانتقال إلى السجلات الصحية الإلكترونية . وقد تم بناء كل مستوى فوق المستوى الذي سبقه .

المستوى الأول هو السجل الطبي المؤتمت ، ويعتمد على إدخال المعلومات من الوثائق الورقية ، ويتكون أساسياً من أنظمة معالجة وأنظمة دعم سريرية كالنتائج المخبرية .

والمستوى الثاني هو سجل المريض المحوسب الذي يتم إنشاؤه بقلب الوثائق الورقية إلى أنظمة تصوير وثنائية ، ووفق هذا المستوى فإن التكوين الأساسي للنظام المعتمد على الورق لا يتغير .

وأما المستويات الثلاث التالية فتتطلب من السجلات الطبية الإلكترونية إلى سجل المريض الإلكتروني ثم المستوى الأخير المتمثل بالسجل الصحي الإلكتروني . وإن الوصول إلى تحقيق هذا السجل الأخير هو الهدف النهائي في إنشاء أنظمة المعلومات الصحية ولم يمكن التوصل إليه كاملاً في معظم الدول حتى الآن .

ولقد تم تحقيق المستويين الأوليين في كثير من الدول حتى الآن ، ويتطور العمل فيها ببطء نحو المراحل اللاحقة .

إن المستشفيات التي تتحرك نحو المستوى الأول ، أي نظام السجلات الطبية المؤتمتة ، يكون الإجراء الأول الذي يجب برمجته هو دليل المريض الرئيسي . فإذا تمت هذه البرمجة بشكل جيد فإن الخطوة التالية تكون بضبط إجراءات القبول والتخريج وعندئذ يمكن تنفيذ نظام دليل الأمراض والإجراءات .

ومن المهم إذا تقرر الأخذ بعين الاعتبار برمجة معطيات السجلات الطبية المتعلقة بالمريض فمن مسؤولية الإدارة التأكد من :

- إتاحة دعم وجود العتاد الحاسوبي والبرمجيات المناسبة للعمل .
- تدريب جميع الموظفين على لوحات المفاتيح والفأرة الحاسوبية وعلى استخدام البرمجيات المناسبة للعمل .
- إتاحة الطرفيات الحاسوبية لفريق الموظفين ويجب ألا تكون مقفلة بالنسبة لمكتب المدير .
- إتاحة فرش مكتبي مناسب للعمل الحاسوبي ( نقاط مصادر الطاقة والكابلات الكهربائية والكراسي والمقاعد .. ) ، وكثيراً ما يؤخذ الفرش الموجود في قسم السجلات الطبية إلى مكاتب إدارية أخرى وهذا مالا يجب أن يسمح به .
- اتخاذ إجراءات واحتياطات الأمن والسلامة لمنع استخدام الحاسوب من أجل ألعاب التسلية والوظائف الأخرى للتسجيلات غير الطبية . كما يجب حماية الحاسوب من الفيروسات .
- يجب أن يكون هناك كلمة سر لا يعرفها إلا الفريق المرخص له والتي يجب أن تغير بانتظام لمنع الوصول غير المرخص له .

### تتضمن برمجة السجلات الطبية في كثير من الدول على :

- دليل المريض الرئيسي
- نظام القبول والنقل والتخريج والموت .
- دليل الأمراض والإجراءات

بالإضافة إلى هذه التطبيقات فيجب الأخذ بعين الاعتبار الإجراءات التالية عندما تسير الأنظمة السابقة بشكل سهل :

- نظام مواضع أو مسارات السجلات .
- نظام إنجاز السجلات الطبية .
- نظام تسجيل ملخصات التخريج .
- نظام جدولة مواعيد المرضى الخارجيين .

هناك مناقشة مختصرة للتطبيقات الثلاث الأولى في هذا الدليل الإرشادي . ومن المهم ملاحظة أن ما يلي هو أمر افتراضي للمناقشة وليس تعريفاً نوعياً للبنود الرئيسية .

وأما التحديد النوعي النهائي لأي نظام حاسوبي يجب إنشاؤه بالاشتراك بين المبرمج ومحل الأنظمة وإدارة المستشفى ومدير السجلات الطبية في الوقت الذي يتقرر فيه النمط الحقيقي للحاسوب .

## برمجة دليل المريض الرئيسي في الحاسوب

إن المعلومات المبرمجة حاسوبياً بحسب دليل المريض الرئيسي هي ذاتها الموجودة في السجلات المرتبة يدوياً . وكما في النظام اليدوي فإن الغرض من برمجة دليل المريض الرئيسي هو تعريف المريض . وتكمن الوظيفة الرئيسية في المدخل والتخزين واستعادة اسم المريض ورقم سجله الطبي .

- يتطلب هذا النظام مجموعة من البرمجيات التي يمكن للمستخدمين أن يصلوا إليها عبر الطرفيات الحاسوبية أو طرفيات الطباعة أو كليهما . ويجب أن تكون البرمجيات مصممة لإتاحة الوصول إلى المعلومات الموجودة في ملف دليل المريض الرئيسي ولتأسيس أو تعديل معلومات الملف كما هو مطلوب من قبل المستشفى .

● وكما نوقش سابقاً يوجد في دليل المريض الرئيسي جميع المعلومات حول المريض فيما يتعلق برعايته أو قبوله في المستشفى . وأما التفاصيل الطبية فلا توضع في هذا الدليل بل المعلومات المطلوبة لتعريف المريض فقط .

● وكما في مكان الملفات اليدوية يمكن أن يكون الملف الحاسوبي تراكمياً بحيث يضاف كل مريض جديد إليه باستمرار، ولا يحذف المريض السابق حيث تكون التفاصيل المتعلقة به محفوظة ومتاحة للخدمات والقبولات التالية أو لأي حاجة أخرى تتطلب استعادة السجل الطبي للمريض .

## تنفيذ الدليل الرئيسي للمريض في الحاسوب

يجب برمجة الدليل الرئيسي للمريض خلال فترة من الزمن عبر :

- مدخل المعلومات المتاحة والموجودة في بطاقة الدليل من نظام بطاقة الدليل الرئيسي اليدوية للمريض .
- مدخل لجميع مرضى المستشفى في زمن التنفيذ .
- تسجيل المرضى الداخليين .
- تسجيل المرضى الخارجيين .

يجب إتمام معطيات المدخل لكل مريض جديد في الوقت الذي يقبلون فيه إما بتسجيلهم كمرضى داخليين أو كمرضى خارجيين . أي يتم ذلك في مكتب القبول بالنسبة للمرضى الداخليين ومكتب تسجيل قسم المرضى الخارجيين بالنسبة للمرضى الخارجيين .

## برنامج البحث

كما في النظام اليدوي فإن برنامج البحث في بطاقات الدليل الرئيسي للمرضى المحوسبة يمكن المشغل من تعيين مريض معين . وفيما إذا كان قد قبل في المستشفى سابقاً وله رقم سجل طبي أم لا .

ويمكن عرض أكثر من مريض على الشاشة (مريض في كل سطر) لمراجعة أشياء أخرى عنهم، ويمكن عرض ذلك بوساطة :

- إعطاء اسم المريض فيظهر معه رقم المريض في المستشفى .
- إعطاء رقم المريض في المستشفى فيظهر اسم المريض .

عندما يعرف مريض معين يمكن عرض كامل معلومات ملفه الدليلي على الشاشة .

- عند استعادة المعلومات يجب استعمال روافض الأمان لمنع الوصول غير المرخص وبالتالي إمكانية إحداث تعديلات لا تجوز . ويجب أن يستعمل كل مستخدم اسمه الخاص وكلمته السرية التي يعينها مدير إدارة الملفات في الحاسوب والتي تغير دورياً .
- يجب ألا يكون قادراً على الوصول إلى المعلومات إلا المرخصين بذلك فيما يتعلق بسجلات المرضى وتعديلها أو الإضافة إليها أو حذفها من الملف الرئيسي .

تذكر :

.....

كما في النظام اليدوي للسجلات يجب عدم إدخال أي اسم ما لم يتم التحري أولاً فيما إذا كان للمريض مدخل مسبق في الدليل .

## نقاط هامة للعمل مع دليل المرضى الرئيسي في الحاسوب

- في جميع عمليات البحث عن الاسم يجب استخدام على الأقل صفة فريدة للمريض معه ( انظر تعريف المريض ) .
- كما في النظام اليدوي فإن التهجئة أو الكتابة الصحيحة للأسماء أمر حيوي لتقليل احتمال تضاعف أسماء المرضى .
- إن إدخال صفة فريدة للمريض واحدة على الأقل أمر إلزامي عند إضافة اسم لدليل المرضى الرئيسي .
- إن إدخال رقم سجل المريض إلزامي عند إضافة اسمه لدليل المرضى الرئيسي وبترتيب تصاعدي .
- يجب أن يسمح دليل المريض الرئيسي بإظهار المدخل اليدوي لرقم السجل الطبي الموجود مسبقاً .

يجب أن تشمل التقارير الناشئة عن دليل المريض الرئيسي :

- طباعة يومية للأرقام المحدثة يومياً وبترتيب رقمي ، بإنشاء سجل الأرقام .
- طباعة منتظمة بترتيب ألفبائي لأسماء جميع المرضى باستخدام اسم العائلة ( الكنية ) أو باستخدام اسم المريض الأول اعتماداً على تقاليد التسمية في البلد .

على أية حال ، قبل التخطيط لمثل هذا النظام يجب اتخاذ قرارات إدارية كثيرة ، ومنها أربعة هامة :

- إتاحة التمويل الكافي لإحداثها .
- تحديد نمط وحجم الحاسوب المناسب وأن تكون الطرفيات الحاسوبية كافية ومتاحة لتلبية الاحتياجات ضمن التمويل المتاح .
- وجود فريق مدرب لإدخال النظام والمداومة عليه وصيانته .
- وجود فريق دعم فني للعتاد الحاسوبي وبرمجياته في المستشفى لحل المشاكل التي قد تطرأ أثناء العمل .

تذكر :

.....

إذا اتخذ قرار إدخال نظام المعلومات الطبية المحوسبة فيجب أن يكون دليل المرضى الرئيسي أول البرمجيات التي يحسب حسابها في هذا النظام .

## الإجراءات المحوسبة للقبول والنقل والتخريج

يسمح هذا النظام للفريق الطبي بالمحافظة على الملف المحتوي على جميع مرضى المستشفى الحاليين ، والذين ينتظرون القبول والمتخرجين حديثاً . ويسمح أيضاً للمستخدمين المرخصين حول المستشفى في الوصول المباشر ( عبر الطرفيات الحاسوبية ) إلى الملف وإجراء حساب أوتوماتيكي لنسب الأسهركية والإحصائيات اليومية الأخرى المطلوبة من قبل إدارة المستشفى .

ويمكن أن تكون أغراض هذا النظام :

- التزويد بخدمات كتاب المرضى الداخليين من أجل المرضى الذين ينتظرون القبول .
- الاحتفاظ بسجلات حالة السرير ومخصصات السرير .
- تتبع المرضى من أجل الاستعلامات .
- تقديم تقارير إحصائيات المرضى اليومية والإحصائيات المتعلقة بها .
- تقديم معلومات عن دليل المريض الرئيسي ( المرتبط مباشرة بنظام دليل المريض الرئيسي ) .
- تقديم قاعدة معطيات تامة لجميع المستخدمين المرخصين عن تعريف المرضى ومواضع المعلومات .

وضمن هذا النظام يمكن المحافظة على ملف المعطيات حول سائر المرضى :

- الموجودين حالياً في المستشفى .
- والذين ينتظرون القبول .
- والمتخرجين حديثاً للتو .

بحسب نظام القبول والنقل والتخريج المحوسب يتم إدخال جميع حالات القبول في زمن القبول، كما تدخل جميع تفاصيل المرضى المتخرجين والمتوفين في زمن التخرج أو الوفاة.

## معلومات هامة حول نظام القبول والنقل والتخريج

- يجب أن يكون لجميع القبولات مدخل في بطاقة الدليل الرئيسي للمريض .
- يجب أن يكون هناك ارتباط بين دليل المريض الرئيسي ونظام القبول والنقل والتخريج ، للسماح بإضافة اسم لدليل المريض الرئيسي كجزء من إجراء القبول .
- تشمل التقارير اليومية المحدثة على :

- لائحة بالمقبولين .
  - لائحة بالمرضى الداخليين في وقت محدد .
  - لائحة بالمرضى الداخليين خلال مدة تتجاوز ٩٠ يوماً .
- بالإضافة إلى ذلك تشمل تقارير هامة أخرى على ما يلي :

### الظرف والتبعية التمريضية

في كل يوم بعد الظهر يقوم مشغل الحاسوب بطباعة لائحة الجناح الخاصة بكل جناح في المستشفى، وتوزع هذه اللوائح على الأجنحة لمراقبة الأخطاء أو حدوث تغييرات أخرى إن وجدت، ويمكن أن تستخدم هذه المطبوعات في إحصائيات الأسرة اليومية، ثم تعاد إلى مكتب القبول المركزي في زمن معين يومياً ليسمح لمشغل لوحة المفاتيح من تعديل الملف بحسب الموجود .

## الإحصائيات التحليلية للخدمات

يسمح ذلك بتفكيك أو تحليل الخدمات السريرية لمعالجتها ، فعند استلام السجل الطبي يمكن لفريق السجلات الطبية فحص الخدمة التي عولج بها المريض وتسجيلها على لائحة التخريج إذا لم تكن مسجلة مسبقاً . ثم يتم ترتيب التفاصيل وفق لائحة مفتاح أو راموز معين لاستخراج الإحصائيات المطلوبة .

### معلومات إحصائية أخرى

هناك معلومات أخرى يجب تسجيلها في الملف إذا لم تكن مسجلة سابقاً كالوفيات بعد العمليات الجراحية وتشريح الجثث بالإضافة إلى المعلومات الولادية كعدد الولادات ووفيات الأمهات وولادات التوائم ووفيات الأجنة ووفيات الأطفال ..

## نظام دليل الأمراض والإجراءات

إن التطبيق الحاسوبي الثالث الممكن إجراؤه هو دليل الأمراض والإجراءات ، ومع أن هذا النظام يمكن احتواؤه ذاتياً إلا أنه يمكن أن يكون جزءاً من مجموع الأنظمة المتعلقة بمعالجة المريض وخدمات المعلومات الخاصة به .

يمكن إنشاء دليل الأمراض والإجراءات المبرمج حاسوبياً ليسمح بتنفيذ الأبحاث الخاصة بالمستشفى . ويمكن أن يحتوي هذا النظام على معلومات تتعلق بالتشخيص والإجراءات بأسلوب ترميزي يسمح باستعادة الحالات الخاصة عند إجراء الأبحاث الطبية . ويمكن استخدام إجراءات القبول والنقل والتخريج كسجلات أساسية حيث يضاف ترميز الأمراض والإجراءات لإتمام السجلات الطبية عند التخريج أو وفات المريض .

- يتوافق هذا النظام مع المعلومات المتعلقة بالاختبارات المجراة أثناء وجود المريض في المستشفى لمراجعتها لاحقاً مع خدمات المستشفى المقدمة للمريض .
- يمكن للبرنامج المقترح أن يعالج باحة ( حقل ) التخريج من الملف الرئيسي للقبول والنقل والتخريج . وفي هذه الحالة يمكن تقييم السجلات المتعلقة بالتخريج في خزانة ملفات المتخرجين . وعلى أية حال يجب تحديد زمن معين لإجراء عمليات النقل من منطقة ملفات المتخرجين إلى دليل الأمراض والإجراءات ، ومن المفترض أن سبعة أيام تمثل أقل زمن ممكن لإجراء النقل .

### الترميز

يتم ترميز التشخيص الرئيسي والإجراءات من قبل مدير السجلات أو أن تسند مسؤوليتها لشخص ما حيث يقوم بإدخال الأرقام الراموزية حسب التشخيص أو الإجراء في كل سجل مريض مقبول عبر طرفيات الحاسوب .

### الاستعادة

يمكن أن يكون هذا النظام مصمماً لاستعادة المعلومات وفق أجيال أو تصنيفات بحسب أنماط الأمراض أو الإجراءات التي تمت في المستشفى . ويمكن الاستعادة ليظهر المرض أو الإجراء والجنس والعمر والطبيب والأمراض المرافقة ورقم المستشفى .

يمكن أن يشتمل التقرير المستخرج وفق دليل المرض أو الإجراء على :

- لائحة بالمتخرجين دون ترميز .
- لائحة بجميع المرضى ممن لهم راموز معين أو ضمن طيف من الرواميز .
- لائحة بالمتخرجين في الشهر الأخير ولهم راموز محدد حسب تصنيف الأمراض الدولي ICD .
- لائحة بالمتخرجين ولديهم مرض ذو راموز محدد .
- يسجل نظام القبول والنقل والتخريج في دليل المرضى الرئيسي وأنظمة الأمراض والإجراءات . ويمثل قاعدة بيانات للمرضى ويتم حفظه مدة تتراوح بين سنتين إلى خمس سنوات . ثم يؤرشف بعد ذلك ، ويبقى دليل المريض الرئيسي بشكل دائم .

ويحدد ذلك دواعي استعمال تطبيقات الحاسوب الأساسية المتاحة فيما يتعلق بإجراءات السجلات الطبية في المستشفى ، إلا أن تعيين أي نظام للحوسبة ( برنامج ) إنما يتم بعد نقاش ودراسة مع فريق التخطيط للحاسب في زمن اتخاذ قرار تحديد نمط وسعة الحاسوب الذي يتوجب إدخاله .

## الفصل الثاني عشر

### الاستنتاج

لقد تم تصميم هذا الدليل الإرشادي كمرشد حول ممارسة السجلات الطبية في الدول النامية ، ويجب استعماله من قبل موظفي السجلات الطبية ومديري أقسامهم ليساعدهم على كسب المعرفة حول الممارسة الحديثة للسجلات الطبية ويساعدهم في تحسين خدمات السجلات الطبية المسؤولين عنها .

لقد تم تضمين الدليل الإرشادي أسئلة لتشجيع المستخدمين على مراجعة ممارستهم للسجلات الطبية الحالية والعمل على إحداث التغييرات اللازمة إن كانت ضرورية لتحسين الخدمات المقدمة من قبل قسم السجلات الطبية . وعلى أية حال يجب التخطيط بعناية لأي تغيير يمكن إدخاله ويتم تسجيله مسبقاً . فالتغييرات غير المخطط لها جيداً لن تؤدي إلى النجاح المطلوب ولا تقدم الموثوقية اللازمة في الخدمات المقدمة للمرضى .





## الملحق ١

اختبار موظفي السجلات قبل تعيينهم

- ١- يعطى الموظف ١٠ سجلات طبية ويطلب منه وضعها في مكانها المناسب في غرفة السجلات الطبية . ويكون المشرف قد وضع لها أرقاماً مسبقة ثم يراقب صحة ودقة عمل الموظف في ترتيب السجلات ووضعها في مكانها المناسب .
- ٢- يعطى الموظف ١٠ بطاقات من "دليل المريض الرئيسي" ويطلب منه أن يرتبها بترتيب ألفبائي ، ويكون المشرف قد وضع الأسماء عليها مسبقاً ثم يراقب دقة ترتيب الموظف لها ووضعها في مكانها المناسب .
- ٣- تملأ لائحة أسماء على الموظف الذي يجب أن يكتبها بدقة ووضوح ، وعلي المشرف أن يفحص اللائحة التي كتبها الموظف ويدقق في وضوح حروفها ودقة كتابتها إه لائياً .

## الملحق ٢

عناوين أشخاص يمكن الاتصال بهم في منظمة الاتحاد الدولي للسجلات الطبية  
(٢٠٠٠ - ٢٠٠٤)

عنوان منظمة الاتحاد الدولي للسجلات الطبية على الإنترنت

<http://welcome.to.ifhro>

Willem Hogeboom  
Westfries Gasthuis

الرئيس  
وليام هوجيبوم  
ويستفريس غاستوس

ص ب : ٦٠٠ ٦٠٠ P .O.Box 600

AR Hoorm -١٦٢٠

The Netherlands هولندا

رقم الفاكس : ٢٥٧ - ٠٩٦ (٢٢٩) (٣١) Fax No.:

w.hogeboom@bigfoot.com

جين س. كلارك jean S.Clark

الرئيس المنتخب

RHIA

مدير خط الخدمات ، الخدمات الصحية لاتحاد الرعاية

شارع كالهون - ٢١٦ Calhoun Street

شارلستون SC ٢٩٤٠١ Charleston

الولايات المتحدة الأمريكية USA

رقم الفاكس : ٧٢٤ - ٢٩٩٥ (٨٤٣) (١) Fax No:

jean.clark@carealliance.com

فيليب روكس بورو Philip Roxborough

السكرتير / أمين الصندوق

شارع رتشاردسون ٢ / ٣٦٥٢ / ٣٦٥ Richardson Road

مونت روسكيل Mout Roskill

أوكلاند ١٠٠٤ Auckland

نيوزيلاندا

رقم الفاكس : ٦٣٠ ٩٩٣١ (٦٤) (٩)

Lorraine Nicholson لورين نيكولسون

المديرون

Leander Drive ١٤١

Castleton,Rochdale OL11 2XE

Lancashire لانكشير

England انكلترا

Fax No.: (٤٤)(١٧٠٦) ٩٥٧-٣٥٥ رقم الفاكس

E -mail l.nicholson@zen.co.uk

Lourdes Palapal لورديس بالابال

قسم السجلات الطبية المركز العالمي للصحة النفسية

9 -Febrero Street شارع ٩-فبريرو

Mandaluyong City مدينة ماندالويونغ

Philippines الفيليبين

Fax No.(٦٣)(٢) ٨٦٨٢-٥٢١٠ رقم الفاكس

E- mail lpalapal@edsamail.com.ph

محرف الرسائل الإخبارية لمنظمة الاتحاد الدولي للسجلات  
الطبية

Kathy Brouch كاثي بروش

411 West Ontario ٤١١ غرب أونتاريو

401 Apartment رقم القسم ٤٠١

60610 Chicago,Illinois شيكاغو- إلينويز ٦٠٦١٠

USA الولايات المتحدة الأمريكية

Fax No.: (١)(٣١٢) ١٤٧٠-٢٣٣ رقم الفاكس

E-mail k\_brouch@yahoo.com

## الملحق ٣

مسرد بالمصطلحات الخاصة المستعملة في الدليل الإرشادي

السجل الطبي الفعال ( النشيط )	السجل الطبي الذي لا يزال قيد الاستعمال لرعاية المريض.
سجل القبول	سجل يحتوي على جميع المرضى المقبولين في المستشفى.
اتحاد المهنيين الصحيين	المعالجة الفيزيائية، المعالجة المهنية، المعالجة الكلامية، العاملون الاجتماعيون ..
الفريق السريري	الأطباء ، الممرضات ، الموظفون الصحيون ، ممارسو التمريض، القابلات، واتحاد المهنيين الصحيين.
الترميز	إجراء وضع رمز رقمي لمعطيات تشخيصية أو إجرائية تعتمد على نظام التصنيف السريري.
الاستثناء	إزالة السجلات الطبية من مكانها النشط في غرفة السجلات الطبية عندما تصبح غير فعالة ( نشيطة) وعندئذ إما أن تتلف أو توضع في مكان ثانوي مع السجلات الخاملة ( غير الفعالة ) ، وقد يتم الاستثناء على السجلات الخاملة في مكانها الثانوي لإتلافها .
لائحة القبول اليومية	لائحة يومية تبين جميع المرضى المقبولين في المستشفى
القبول نهائياً فقط	المرضى الذين يقبلون لنهار يوم واحد فقط ، يقبلون صباحاً ويخرجون بعد الظهر ، ولا يطلق ذلك الاسم على المرضى الذين يبقون في المستشفى طوال الليل .
ملخص التخريج	ملخص يكتبه الطبيب المعالج عن المريض يصف فيه مكوته في المستشفى .
دليل المرض	لائحة بالأمراض والحالات والإصابات المصنفة بوساطة الرواميز الرقمية النوعية لكل مرض أو حالة أو إصابة بالاعتماد على نظام التصنيف السريري لتسمح باستعادة السجلات الطبية من أجل البحوث المتعلقة باموز معين.

DOB

مختصر : تاريخ الولادة

المريض الإسعافي

يأتي إلى المستشفى أو مرفق الرعاية الصحية لتلقي الرعاية  
المباشرة السريعة لمرضه أو إصابته .

الصفحة الأمامية

النموذج الأول في السجل الطبي ، ويدعى أيضاً صفحة  
التعريف والملخص .

المريض الخارجي العام

في الدول النامية هو المريض الذي يراجع قسم المرضى  
الخارجيين في مرفق الرعاية الصحية دون موعد مسبق ،  
ولا يعتبر مرضى الإسعاف والحوادث من هؤلاء المرضى .

مرفق الرعاية الصحية

المستشفى أو المركز الصحي أو مكاتب المعونة .

السجل الصحي

سجل مفرد يشتمل على جميع المعطيات التي تبين الحالة  
الصحية للمريض بما في ذلك بيانات الولادة والتمنيع وتقارير  
عن جميع الفحوص الفيزيائية وكذلك جميع الأمراض  
والمعالجات التي أعطيت من أي مصدر من مصادر الرعاية  
الصحية . وكثيراً ما تستعمل هذه العبارة بمكان عبارة " السجل  
الطبي " ولكن بمفهوم أوسع .

HIM : مدير المعلومات الصحية

الشخص الذي يتدبر شؤون خدمات المعلومات الصحية .

HIS : نظام المعلومات المستشفى

تجميع المعطيات المتعلقة بالمرضى ورعايتهم .

HRO : مدير السجلات الطبية

( انظر مدير السجلات الطبية )

HRN : رقم المستشفى

انظر رقم السجل الطبي

ICD - 9

التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض (المراجعة التاسعة) .

طبعت من قبل منظمة الصحة العالمية .

ICD - 10

التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية

المتعلقة بها (المراجعة العاشرة) .

طبعت من قبل منظمة الصحة العالمية .

ICPM

التصنيف الدولي للعمليات الطبية

طبعت من قبل منظمة الصحة العالمية .

رقم التعريف

انظر رقم السجل الطبي

IFHRO

الإتحاد الدولي لمنظمات السجلات الطبية .

السجل الطبى الخامل ( غير النشيط )	سجل المريض الذي لم يراجع المستشفى أو المرفق الصحي لعدد معين من السنوات .
المريض الداخلي	المريض الذي يقبل في مرفق الرعاية الصحية، ويشغل فيه سريراً طيلة الليل .
دليل المريض الرئيسي	دليل يحتوي على معلومات التعريف لجميع المرضى المقبولين في مرفق الرعاية الصحية ، وهو دليل يعرف مكان السجل الطبى للمريض .
السجل الطبى	مجموعة الحقائق حول التاريخ الصحي للمريض بما في ذلك الأمراض السابقة والحالية والمعالجات المكتوبة بوساطة مهنيي الرعاية الصحية الذين عالجوا المريض .
مدير السجلات الصحية	المسؤول عن خدمات السجلات الطبية .
MRC	مختصر : لجنة السجلات الطبية .
MRD	مختصر : قسم السجلات الطبية .
MRN	مختصر : رقم السجل الطبى ، وهو الرقم الذي يعرف السجل الطبى للمريض ويستعمل في ترتيب السجلات الطبية ووضعها في مكانها المناسب في خزانة السجلات . كما يشار إليه باسم رقم المستشفى ، أو رقم التعريف أو رقم سجل الوحدة .
MRO	مختصر : مدير السجلات الطبية، وهو الشخص المسؤول عن خدمات السجلات الطبية .
غرفة السجلات الطبية	يدعى في العادة قسم السجلات الطبية في الدول المتطورة .
MPI	مختصر : دليل المريض الرئيسي .
سجل الأرقام	كتاب رقمي مرقم بأرقام تصاعديّة هو الأصل في نظام الترقيم المعرف للمرضى .
دليل العمليات	لائحة بالعمليات والإجراءات باستخدام رقم الترميز النوعي المعتمد على نظام تصنيف العمليات أو الإجراءات . ويسمح باستعادة السجلات الطبية لجميع المرضى الذين أجريت لهم عمليات أو إجراءات نوعية عندما كانوا في المستشفى المريض الذي يراجع مرفق الرعاية الصحية ولا يتم دخوله إلى المستشفى ولا يشغل سريراً فيها ولو مدة قصيرة .
المريض الخارجي	السجل الذي يحتفظ به المريض أو أبو الطفل والذي يغطي حياة المريض من الولادة إلى الممات، ويكتب فيه جميع المهنيين الصحيين ما وجدوه لدى المريض من موجودات وقدموه له من خدمات ومعالجات . ويدعى أيضاً السجل المديد أو الطولاني .
السجل الصحي لدى المريض ( بحوزته )	انظر دليل المريض الرئيسي .
دليل المريض الأساسي	

## التشخيص الرئيسي

الحالة المثبتة بعد الدراسة والمسؤولة رئيسياً عن قبول المريض عندما راجع المستشفى للرعاية (تعريف الولايات المتحدة الأمريكية).

أو التشخيص المثبت بعد الدراسة والمسؤول عن مجيء المريض إلى مرفق الرعاية الصحية كنبوة تحتاج للرعاية في المستشفى ( أو القبول في مرفق الرعاية الصحية ) .

## دليل الإجراءات

انظر دليل العمليات.

## تحليل الخدمات

تحليل نمط الخدمات التي تلقاها المريض عندما كان في المستشفى . مثلاً : طبية أو جراحية أو تقويمية عظمية أو عينية .. ويستخدم التحليل لتحديد عدد المرضى في كل رعاية خدمية معينة، أي لغرض إحصائي .

## الترتيب الرقمي التصاعدي

ترتيب السجلات الطبية وفق تصاعد رقمي متسلسل .

## مريض خارجي تخصصي

المريض الخارجي الذي يراجع قسم العيادات الخارجية التخصصية . ويعاني في العادة من مشكلة مزمنة ( كضرب الضغط أو الداء السكري .. )، أو طفل أو مريض داخلي حديث ..

## TDF

مختصر : ترتيب السجلات وفق الرقم الانتهائي .

## القائف

بطاقة تماثل حجم السجل الطبي أو أكبر منه قليلاً تحل بمكان السجل الطبي عند استخراجها لغرض ما في المستشفى.

## رقم سجل الوحدة

انظر رقم السجل الطبي.

## خاصة المريض الفريدة

شيء لا يتغير في المريض كاسم والدته قبل الزواج ، أو رقم التعريف الوطني أو رقم الضمان الاجتماعي ..



## المراجع

- Abdelhak M., Grostick S., Hanken M.A., Jacobs E. Health Information: Management of a Strategic Resource. W.B. Saunders, 584-585, 1996.
- Huffman, E.K. Medical Record Management, 9<sup>th</sup> revision. Berwyn, Physicians' Record Company, 33-35, 1990.
- International Federation of Health Records Organizations (IFHRO) . Learning Package for Medical Record Practice Unit 5: Collection of Statistical Data. IFHRO, 1996.
- Lewis M. and Mitchell J. Electronic Patient Records - A Resource Manual. Health Information. Management Association of Australia Ltd. Sydney, 31-33, 1998.
- World Health Organization. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10), Vol. 1, 1,235-1,237 , WHO, 1992.

## منظمة الصحة العالمية

المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

شارع عبد الرزاق السنهوري

مدينة نصر - القاهرة ١١٣٧١

ص. ب: ٧٦٠٨

بريد إلكتروني: [sarak@emro.who.int](mailto:sarak@emro.who.int)

موقع المنظمة: [www.emro.who.int](http://www.emro.who.int)



ISBN 9789290214496