

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



صدقی ثابت

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

ثَبِتْ بِاِسْنَدٍ بِرَايِرِ اسْت.

سند

- به موجب ماده 1284 قانون مدنی :



”سند عبارت است از هر نوشته که
در مقام دعوا یا دفاع قابل استناد باشد ”

به هر روی ، ” نوشته ” را علی القاعده در صورتی می توان
به مفهوم اصطلاحی، سند دانست که از جمله دارای امضاء
، اثر انگشت و یا مهر شخصی باشد که سند به او نسبت داده
می شود.

اهمیت ثبت مدارك پزشکی

یکی از ارزشمندترین ابزارهای مهم جهت **کسب تجربه** در علم طب ثبت داده های پزشکی است.

ثبت این یادداشت ها نقش اصلی در پیگیری و مراقبت از بیمار داشته و **رابط** بین پزشک و سایر گروه هایی است که در امر درمان و مراقبت از بیمار سهیم هستند.

همچنین این مدارك **اسنادي قانونی** هستند که به منظور تشریح دوران بیماری و راه و روش درمان ثبت می گردند.



اهمیت ثبت مدارك پزشکی



- در گزارش سازمان جهانی بهداشت در زمینه اهمیت مدارك پزشکی و ثبت دقیق اطلاعات، بیان شده است که:

”نگهداري صحيح مدارك پزشکی حائز اهمیت می باشد. اگر مدارك پزشکی ناخوانا، ناقص و مبهم بوده و بطور صحيح تکمیل نشده باشد، فاقد استفاده خواهد بود. زیرا کیفیت مدارك پزشکی یکی از موارد مهم از دیدگاه مدیریتی است.“

نقش اطلاعات



- نقش اطلاعات و اطلاع رسانی در نظام ملی بهداشت و درمان به قدری حیاتی و تعیین کننده است، که گاهی اوقات ارزش آن را می توان به اندازه نجات انسانی از مرگ برشمرد .

- مستندسازی پرونده پزشکی **یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای** برای کلیه متخصصین بهداشتی، درمانی و تضمین کننده کلیه مراقبتهای حیاتی ارائه شده به بیمار است .

- اما چون مستند سازی در مدارك پزشکی توسط رایه کنندگان مراقبت بهداشتی، پزشکان، پرستاران، متخصصین درمان و سایرین انجام شده و به عنوان **فعالیت ثانویه** رایه مراقبت به بیماران محسوب می شود، بنابراین احتمال دارد مستند سازی همیشه صحیح، دقیق و کامل نباشد .

ثبت کردن Recording

- گزارش کتبی به منظور تبادل و انتقال اطلاعات اساسی (از فردی به فرد یا افراد دیگر) نوشته می شود. این اطلاعات ممکن است به تدابیر مراقبتی ، عمل ، رویداد یا حادثه ای که در زمانی واقع شده است مربوط باشد که به عنوان مدرک پایدار و ثابت نگهداری می شوند. این اطلاعات قابل دسترسی هستند و به عناوین متعددی به آن ها مراجعه می شود.

گزارش کردن Reporting

- انتقال پاره ای اطلاعات به فرد یا افرادی (به صورت شفاهی یا کتبی) که از آن بی اطلاع بوده و یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.

مستند سازی Documentation

- تصدیق وقایع و فعالیت های انجام شده از طریق نگهداری و بایگانی گزارشات.

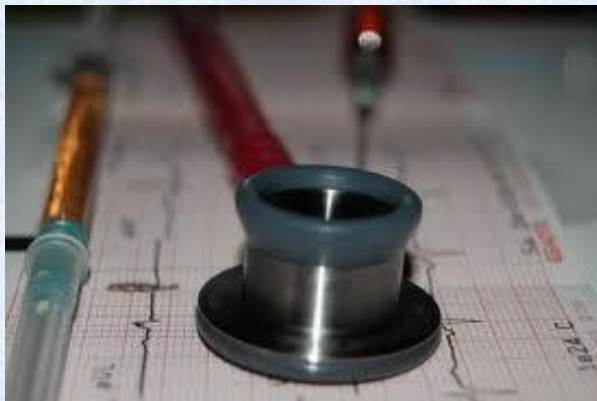
مستند سازی

- مستند سازی یا پرونده نویسی، فرایند ثبت کامل اطلاعات مربوط به مراقبت و درمان بیمار است.
- مستند سازی، نوع بیماری، وضعیت بیمار در شروع و ادامه درمان، وسعت و کیفیت مراقبت، درمان فراهم شده برای بیمار، نتیجه مراقبت و درمان مورد نیاز بیمار را نشان می دهد.



به طور کلی سند و مستندات باید دارای سه ویژگی زیر باشد:

- ❖ - کامل بودن از لحاظ کمی
- ❖ - دقیق بودن (فاقد اشتباه بودن)
- ❖ - با کفایت بودن (روشن، گویا و وجود پیوستگی منطقی میان داده ها)



گروه‌های مستند ساز در پرونده پزشکی عبارتند از:

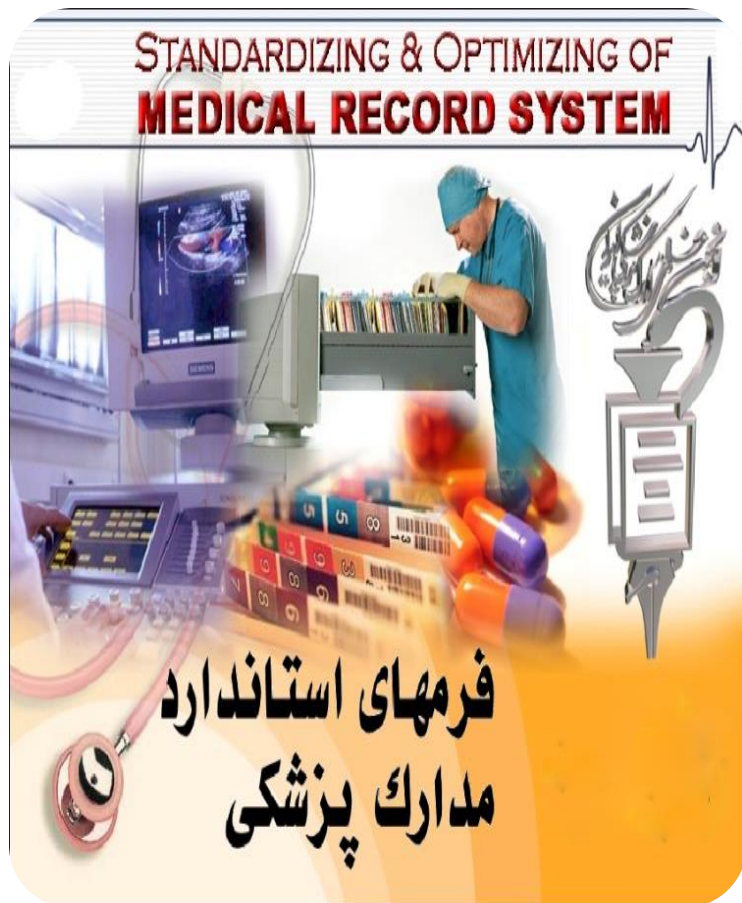


- مسئولین پذیرش بیمار (با ثبت اطلاعات)
- پزشکان (با ثبت مشاهدات و دستورات)
- پرستاران (با ثبت اقدامات بالینی مراقبتهای پرستاری)
- سایر گروههای مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و...)

بطور كلي مدارك پزشكي در مراكز بهداشتي و درماني براي گروههاي زير ارزش کاربردي دارد:



- مدیریت اجرایی
- **مراجع قانونی**
- بیمار
- بیمارستان
- پزشک
- بهداشت عمومی



- پرستار مسئول ثبت گزارش بیمار بوده و باید دارای ویژگی های زیر باشد:

- ✓ مهارت های شناختی و دانش کافی
- ✓ مهارت های برقراری ارتباط
- ✓ مهارت های اخلاقی، قانونی
- ✓ مهارت های تکنیکی

گزارش نویسی

گزارش نویسی یک **مسئولیت** است و کوچکترین بی اعتنایی در قبال این مسئولیت موجب تصمیم گیری غلط می شود، زیرا غالب تصمیم های مدیران و مسئولان سازمان ها و موسسات ، بر مبنای گزارش هایی است که از مسئولان سطوح پایین تر دریافت می دارند و در نتیجه هر نوع سهل انگاری در تهیه و تنظیم گزارش ها ، بی شبهه در قضاوت ها ، عملیات، سرمایه گذاری ها ، هزینه ها، استخدام ها، خط مشی ها، روش ها، تشویق ها، توبیخ ها و به طور کلی در سرنوشت حال و آینده سازمان ها و موسسات تاثیر نامطلوب می گذارد، از این رو در تهیه و تنظیم هر نوع گزارش از مرحله تصور و اندیشه ، تا تدوین و بیان و انتقال مفاهیم به خواننده ، باید نهایت دقت و توجه گردد.

گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است.





قوانین ثبت گزارش



رازداری
Confidentiality



امضاء مسئول
و یا پاسخ گو
Accountability



چارچوب
برگه ها
Format



زمان بندی
Timing



مندرجات
Content

خصوصیات يك گزارش علمي و صحيح

رعایت 6 نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی ، طراحی و اجرای مناسب مراقبت‌های پرستاری الزامی است:





عینی (توصیفی)، شفاف و رفتاری



مشاهدات فردی



صریح و عاری از هر نوع اظهار نظر،
تعمیم، و ابهامات



به هنگام



مکتوب بر اساس قواعد
دستوری، بدون خطاهای نوشتاری



عاری از اختصارات نامناسب



ثبت اشتباهات مستندسازی



وجود امضاء بعد از هر ثبتی



عدم تعویض یا معدوم نمودن
اطلاعات ثبت شده



TEAMWORK

When the best and the brightest come together, the possibilities are endless.

© CRIMSON STUDIOS 2007

لازم است به دلیل وضعیت حاد
بیماران و فوریت انجام
خدمات درمانی
برای آنها ، **ضوابط مشخصی** در
بیمارستان جهت جمع آوری، ثبت،
ذخیره، بازیابی، تجزیه و تحلیل و
اشاعه اطلاعات تدوین شود تا
کادر پزشکی
و مدیریتی بتوانند به سمت اهداف
اصلی بیمارستان سوق یابند.

اصول مستندسازی اطلاعات پزشکی

Principles of Medical Documentation

- رعایت قوانین مستندسازی برای مستندسازان پزشکی بالاخص پزشکان و پرستاران از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و کلیه سوابق بهداشتی و درمانی بیمار اعم از بیماری های فعلی و گذشته، آزمایشات، درمان و نتایج درمان با استفاده از این قوانین به درستی ثبت و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند.



دستورالعمل های مستند سازی

How to document?

What to document?

When to document?

Who should document?



How to document?

چگونه مستند شود



- مستند سازی مهارتی است که با **تجربه** بهتر می گردد.
- یک پرستار کار آزموده می داند که وی نیازمند مستند نمودن آن دسته از مواردی است که استاندارد مراقبتی مقرر نموده است.

عینی بودن مستندسازی

- پرونده پزشکی باید حاوی اطلاعات عینی و توصیفی باشد:
- آنچه شما می بینید، می شنوید، احساس می کنید، می بویید، اندازه می گیرید، و می شمارید نه آنچه را که تصور می کنید، استنباط می کنید، نتیجه می گیرید، یا فرض می کنید. ممکن است حاوی اطلاعات ذهنی باشد، اما تنها هنگامی است که توسط واقعیات مستند حمایت شود.

عین واقعیت: Stick to the facts

- سند تنها آن چیزی است که دیده و شنیده می شود.
- توصیف کنید. به وقایع و رفتارها برچسب نزنید.
- بوضوح و اختصار واقعیت ها را توصیف کنید.
- فقط از اختصارات مناسب استفاده شود.

اجتناب از سوگیری: Avoid bias

حفظ پرونده پزشکی بطور دست نخورده

What to document?

چه چیزی مستند شود

کمیسیون مشترک اعتبار گذاری سازمان های مراقبتی

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Required Documentation JCAHO

- 1) Initial assessment data
- 2) Time when rapid intervention occurred
- 3) Evidence that critically ill patients are receiving intensive care , such as frequent taking of vital signs
- 4) Problems and procedures
- 5) Interventions
- 6) Patient responses to interventions (resolutions)
- 7) Nursing observations
- 8) Communications with other members of the health care team
- 9) Communications with family members
- 10) Patient teaching, including discharge instructions
- 11) Any patient refusal of care
- 12) Use of translators

When to document?

چه وقتی مستند شود

- یافته زمان در مستند سازی می تواند در هنگام شلوغی بخش مشکل آفرین شود. اما ثبت بموقع در موقعیت های سهل انگاری **تعیین کننده** هستند.
- مراقبت های پرستاری و دیگر فعالیت های مربوطه خود را در **هنگام انجام** مستند نمایید نه مدت زمان زیادی پس از انجام آنها.
- قبل از انجام کاری آن را ثبت نکنید. مستندسازی قبل از انجام هر مداخله ای گزارشات شما را غیر صحیح ساخته و همچنین اطلاعات در مورد پاسخ بیمار نسبت به مداخله را حذف می کند.

Who should document?

چه کسی باید مستند کند؟



- شما و تنها شما هستید که باید مراقبت های پرستاری و مشاهدات خود را مستند نمایید. در برخی مواقع ممکن است بنابه شرایط و اوضاع و احوال، وسوسه شوید که از پرستار دیگر بخواهید که بخشی از پرونده پزشکی شما را تکمیل کند. بدانید که:

در هر صورت انجام این کار **غیرقانونی و ممنوع** می باشد.

گزارش حوادث اتفاقی Incident Report

- رویدادی غیرمعمول است که در هنگام مراقبت از بیمار اتفاق می افتد.
- نتیجه حادثه می تواند برای بیمار یا مراقبت کنندگان زیان آور باشد.
- حادثه باید هر چه سریع تر به مسئول مربوطه گزارش شود.
- این مستندات جزء پرونده مراقبت سلامتی نیست.
- در غالب موارد این گزارشات محرمانه هستند.
- در گزارش حادثه فقط باید به توصیف دقیق واقعه و بیان واقعیت ها پرداخته (زمان حادثه، اقدامات صورت پذیرفته در جهت کنترل عوارض، زمان اطلاع به پزشک مسئول، زمان ویزیت بیمار توسط پزشک یا سایر همکاران) و از درج مطالبی مبنی بر پذیرش مسئولیت یا مقصر دانستن دیگران اجتناب نمود.
- استنباط نکنید، تقبل نکنید، نتیجه گیری نکنید یا آنچه را که می توانسته انجام شود و نشد یا از آنچه که می توانسته پیشگیری شود و نشد، خاطر نشان نکنید.
- این سوالات بهتر است که در طی یک بازنگری دقیق و دادگاه مدیریت خطر پاسخ داده شود.
- نسخه ای از گزارش کتبی حادثه را در فایل شخصی خود نگهدارید.

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- (1) عدم تطابق محتوي گزارش با استانداردهاي حرفه اي
- (2) محتوای گزارشی که منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
- (3) محتوي ناقص يا بی ثبات
- (4) محتوایی که توصیف کننده موارد غير عادي نباشد.
- (5) محتوایی که منعکس کننده دستورات طبي نباشد.
- (6) وجود خط و فضاي خالی بين خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- (7) امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- (8) تحریف گزارش
- (9) وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- (10) ناخوانا بودن گزارش
- (11) درهم برهمی و کثیفی گزارش
- (12) جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- (13) امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- (14) لاك گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- (15) ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم



یادآوری

- پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین **مدافع** شما می باشد.
- اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند.
- چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
- ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
- توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.
- در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.
- انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

نکات حقوقی و اخلاقی مستند سازی

- حوزه مسئولیت حرفه ای شما توسط قوانین و مقررات تعیین می شود. مستندسازی مراقبت های پرستاری که در پرونده بالینی بیمار مهیا می کنید در واقع راهی برای پذیرش مسئولیت حرفه ای است .
- با تکمیل مستندات به شیوه ای قابل قبول و به موقع و مطابق با استانداردهای مراقبت پرستاری قادر خواهید بود که همانند منافع خود از منافع بیمارتان نیز **محافظت** به عمل آورید.
- **ناتوانی در مستند سازی** به نحو صحیح، مقوله ای محوری و اساسی در بسیاری از موارد **قصور** کادر درمانی و مراقبتی است.
- اگر چه پرونده پزشکی ، رادیوگرافی ها، گزارشات آزمایشگاه، و دیگر اوراق ثبت شده در آن متعلق به موسسه است، اما **اطلاعات مندرج در آن متعلق به بیمار می باشد** بوده و اوست که حق اخذ رونوشت از محتویات پرونده را دارد.

قصور و مستند سازی

- هرگز اهمیت حقوقی مستندات را نادیده نگیرید.
- اهمیت حقوقی مستندات بر چهار عنصر استوار است:



Bioethical dilemmas and documentation

- **1) Informed consent (witnessing Informed consent and Informed refusal)**
- **2) Advance directives**
- **3) Power of attorney(POA) or health care POA**
- **4) Do – not – resuscitate orders**
- **5) Confidentiality of the medical record**

مشکلات اساسی که به دلیل سهل انگاری پرستار بدنبال عدم ثبت درست وقایع بوجود می آید:

- (1) عدم ثبت زمان دقیق بروز یک حادثه
- (2) کوتاهی در ثبت دستورات شفاهی یا به امضاء رساندن دستورات شفاهی
- (3) ثبت فعالیت ها بصورت از پیش تعیین شده برای صرفه جویی در وقت
- (4) ثبت اطلاعات نادرست و مبهم
- (5) تصحیح نا مناسب



خطاهای شایع در پرونده نویسی

1- **از قلم افتادگی** : در صورت بروز مشکل دادگاه ممکن است نتیجه گیری کند که شما در اجرای کار قصور کرده اید یا تلاش کرده اید که مدرک مخفی باشد.

2- **ثبت مبهم**

3- **تأخیر در ثبت** : اگر مجبور به تأخیر در ثبت هستید آنرا مشخص کرده و زمان آنرا ثبت کنید . زمان و تاریخ بازگشت برای ثبت را بنویسید.

4. **تصحیح نامناسب**

5- ثبت غیرمجاز: فقط آنچه را خودتان انجام داده اید ثبت کنید. اقدامات سایرین را ثبت نکنید.

6- اختصارات مبهم یا نادرست: فقط از اصطلاحات معتبر استفاده کنید.

7- ناخوانایی و فقدان وضوح: طوری بنویسید که دیگران بتوانند بخوانند.

عنصر قانونی جعل

● ماده 523⁽⁷⁵⁴⁾ قانون تعزیرات اشعار می دارد:

”**جعل و تزویر** عبارتند از: ساختن نوشته یا سند ساختن مهر یا امضای اشخاص رسمی یا غیررسمی یا خراشیدن یا تراشیدن یا قلم بردن یا الحاق یا محو یا اثبات یا سیاه کردن یا تقدیم یا تاخیر تاریخ سند نسبت به تاریخ حقیقی یا الصاق نوشته ای به نوشته دیگری یا به کاربردن مهر دیگری بدون اجازه صاحب آن و نظایر اینها به قصد تقلب.“



تعریف جعل

- **ساختن یا تغییر دادن** آگاهانه نوشته یا سایر چیزهای مذکور در

قانون به ضرر دیگری به قصد جازده شدن آن ها به عنوان

اصل



انواع جعل

- **جعل مادی:** در ظاهر و صورت نوشته یا سند و غیره خدشه ای وارد می شود.

- **جعل معنوی (مفادی):** آن است که بدون ایراد هیچگونه خدشه ای به ظاهر سند ، نوشته و غیره حقیقتی در آن تحریف شده و مطالب منتسب به دیگران به گونه دیگری در آنها منعکس شود.



جعل نوشته ها و تقریرات

• ماده (767) 536 قانون مجازات اسلامی:

هرکس در اسناد یا نوشته های غیر رسمی جعل یا تزویر کند یا با علم به جعل و تزویر آنها را مورد استفاده قرار دهد علاوه بر جبران خسارت وارده به حبس از شش ماه تا دو سال یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.



مدت زمان نگهداري اوراق و پرونده هاي بیمارستانی

- پرونده بیماران بستري 15 سال پس از آخرین مراجعه
- پرونده اطفال تا رسیدن به سن بلوغ و رفع موارد قانونی
- پرونده بیماران سرپایی 5 سال پس از آخرین مراجعه
- پرونده بیماران عادي اورژانس 2 سال پس از ترخیص
- دفاتر گزارش بخش هاي بستري 2 سال
- دفاتر پذیرش و ترخیص براي همیشه
- گزارشات آماری روزانه 2 سال
- گزارشات آماری ماهیانه 5 سال
- گزارشات آماری سالیانه براي همیشه



مدت زمان نگهداري اوراق و پرونده هاي بیمارستانی

- فیلم هاي رادیوگرافی عادي بیماران 10 سال
- فیلم هاي رادیوگرافی آموزشی 15 سال
- گواهی فوت در پرونده بیمار 15 سال
- دفاتر اتاق زایمان براي همیشه
- پرونده بستري مجروحین جنگی، جانبازان براي همیشه
- بیماران روانی، سوختگی و قلبی براي همیشه

نکته:

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



امحاء

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

مراحل اجرایی و اداری امحاء مدارك و دفاتر پزشکی:

- در سطح بیمارستان
- در سطح ستاد دانشگاه
- در سطح وزارت بهداشت
- در سطح سازمان اسناد کتابخانه ملی



جرم افشای اسرار بیماران

ماده (874) 648 قانون مجازات اسلامی 1392

فرر می دارد:



اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می شوند، هر گاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند، به سه ماه و یک روز تا یک سال و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی، محکوم می شوند.

افشاء اطلاعات مدارك پزشکی

- کارکنان اطلاعات بهداشتی مسئول پاسخگویی به تقاضاهای قانونی دسترسی به اطلاعات هستند در حالی که حفظ محرمانه بودن اطلاعات بیمار را به نحو مطلوب نیز بر عهده دارند.
- انجام این مسئولیت دو گانه نیازمند داشتن دانش کافی از قوانین و آیین نامه های مؤثر بر افشای اطلاعات، شامل وضعیت هایی که تحت آن می توان بدون رضایت بیمار اطلاعات را افشا نمود و موقعیت هایی که رضایت بیمار را لازم دارد.
- به دلیل تنوع درخواست های افراد برای اطلاعات بهداشتی درمانی بهتر است که سیاستهای افشاء اطلاعات بهداشتی و درمانی را به دو دسته زیر طبقه بندی کنیم:
 - 1) داخلی (افشاء برای اهداف ارزیابی کیفیت ، آموزش ، پژوهش ، مدیریت و ...)
 - 2) خارجی (افشاء برای وکلا ، بیمار ، اعضای خانواده بیمار ، شرکتهای بیمه و مراجع قضایی و

افشاء اطلاعات مدارك پزشکی

- قانون کلی خدمات بهداشتی و درمانی به گونه ای است که هیچ یک از اطلاعات بدون وجود یک سند مکتوب قابل دسترسی نباشد مگر اینکه استثنایی وجود داشته باشد (مثل موارد اورژانسی یا مواقع غیرمعمول)

موارد غیر معمول که ممکن است بتوان به سوابق پزشکی بیمار دسترسی پیدا کرد عبارتند از :

- وجود شکایت و بررسی توسط بازرس پرونده
- اعلام شکایت از بیمارستان یا پزشک به دلیل بروز عوارض یا مشکلات در درمان

در مواردی نیز می توان اطلاعات پرونده را بدون درخواست کتبی واگذار نمود:

- در فوریت‌های پزشکی برای ارزیابی مراقبت پزشکی
- برای تحقیق و آموزش در موسسه معین
- برای صدور رأی در مراجع قانونی و دادگاه ها
- برای واگذاری اطلاعات به وکلا، شرکتهای بیمه، مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان های دیگر رضایت کتبی بیمار باید ارائه شود.

قوانین افشاء اطلاعات مدارك پزشکی در ایران

1 - برای هدف مراقبت مستقیم بیمار:

- A. تقاضای خود بیمار
- B. تقاضای متخصصان مراقبت بهداشتی همان مرکز
- C. تقاضای متخصصان مراقبت بهداشتی درمانی مراکز دیگر برای ادامه مراقبت
- D. تقاضای متخصصان مراقبت بهداشتی درمانی متفرقه خارج از بیمارستان

2 - قوانین افشاء اطلاعات به اعضای خانواده بیمار

3 - قوانین افشاء اطلاعات برای اهداف آموزشی

4 - قوانین افشاء اطلاعات برای برای اهداف پژوهشی

5 - قوانین افشاء اطلاعات برای برای اهداف مدیریتی و اداری

6 - قوانین افشاء اطلاعات برای برای اهداف بازپرداخت

7 - قوانین افشاء اطلاعات مدارك پزشکی به وكلا

8 - قوانین افشاء اطلاعات برای مراجع قضایی

9 - افشاء اطلاعات برای اهداف پایش کیفیت در کشور

رازداري پزشکی

- پزشك موظف به راز داري مطلق مي باشد.
- رازداري يك التزام حرفه اي در سراسر دنياست.
- طبق قانون انجمن بين المللي پزشكان و اعلاميه ژنو و قسم نامه بقراط:
پزشك راز دار مطلق بوده و در مورد هر رازي كه بيمار اعتماد کرده و به پزشك گفته است، مجاز به بروز نیست.
- اسرار شامل است بر: اظهارات بيمار، نتايج معاینات باليني و پاراکلينيكي، اطلاعاتي كه پزشك با مشاهده اوضاع و احوال بيمار بدست مي آورد.

استثنائات رازداری

- هشدار دادن (قصده آسیب به دیگران)
- قانون در موارد بخصوصی به صراحت پزشک را مجبور به این امر نماید.
- دادن اطلاعات بیمار با رضایت کتبی بیمار یا ولی وی
- در شرایطی که جان بیمار در خطر است می توان اطلاعات لازم را در اختیار بستگان بیمار قرارداد به شرط اینکه پزشک مطمئن شود که از فاش شدن راز جز نفع چیز دیگری عاید بیمار نخواهد شد.
- سوء رفتار با کودک (پرسنل متعهدند بلافاصله نهادهای مربوطه را مطلع سازند)
- کشف راز بعثت منافع عالیه جامعه
- افشاء به منظور محافظت (رانندگی بیماران مصروع ،کودک آزاری و...)

مدارك پزشکی و جنبه هاي قانونی

- مدارك پزشکی به عنوان سندی در دفاع از حقوق بیمار در مراکز قضایی
- مدارك پزشکی برای احقاق حقوق پزشک و کادر درمانی
- مدارك پزشکی به عنوان شهادی در دفاع از مدیریت بیمارستان ها در برابر
اقامه دعوی بیماران
- مدارك پزشکی و پزشکی قانونی
- مدارك پزشکی و مراکز اداری و حوزه نظام وظیفه
- مدارك پزشکی و سازمان های بیمه گر
- مدارك پزشکی و کشف جرایم



با تشکر از توجه شما