



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

# دستورالعمل تکمیل فرم‌های آمار بیمارستانی

## تهیه‌کنندگان:

گروه آمار مدیریت آمار و فناوری  
اطلاعات

گروه آمار و فناوری اطلاعات سلامت  
معاونت درمان

جناب آقای همیدرضا اباذری  
سرکار خانم الهه فرقدانی

سرکار خانم دکتر محبوبه میرزایی  
سرکار خانم موریه ماسوریان  
سرکار خانم صفیه ایلاتی  
سرکارخانم زهره مصدر  
سرکار خانم دکتر مهناز حامدان

آشنت ۱۳۹۹

## دستورالعمل تکمیل فرم‌های آمار بیمارستانی

### ❖ الف: تعاریف آماری مرتبط با آمار بستری

◀ **تخت مصوب<sup>۱</sup>:** تعداد تخت‌هایی که بیمارستان براساس اجازه رسمی وزارت بهداشت برای عملیاتی نمودن آنها دارای مجوز بهره‌برداری می‌باشد.

◀ **تخت فعال<sup>۲</sup>:** عبارتند از: تختی که آماده جهت پذیرش بیمار باشد. مفهوم این آمادگی آن است که تخت به طور فیزیکی دایر باشد<sup>۳</sup>، از تجهیزات مناسب و امکانات پشتیبانی و رفاهی کافی برخوردار بوده<sup>۴</sup> و نیروی انسانی متخصص به آن اختصاص یافته باشد<sup>۵</sup>. به عبارت دیگر تخت فعال به آن تعداد تخت‌های مصوب بیمارستانی اطلاق می‌شود که بر اساس استاندارد دایر بوده و دارای امکانات تشخیصی، درمانی، پشتیبانی، خدماتی و پرسنلی آماده بستری کردن بیماران باشد.

◀ **تخت Extra:** عبارتند از: تخت یا تخت‌های موقت که در صورت نیاز، مازاد بر ظرفیت تخت فعال و برای مدتی محدود به منظور بستری، تشخیص و درمان بیماران به بخش اضافه می‌شوند. تخت‌های اکسترا جزء تخت‌های فعال بیمارستان محاسبه نمی‌شوند اما در محاسبات مربوط به پذیرش، ترخیص و درصد اشغال تخت لحاظ می‌شوند. لازم است در فرم‌های شماره یک و دو آمار بخش‌های بستری، تعداد تخت‌های Extra در ستون‌های مربوطه ثبت شوند.

🔗 برخی از تخت‌های بیمارستانی مختص ارائه خدمات خاص به بیماران می‌باشند، از جمله تخت‌های دیالیز، تالاسمی، اتاق عمل، زایشگاه، لیبر و تخت‌های شیمی درمانی. این تخت‌ها تحت عنوان تخت‌های ستاره‌دار نامیده شده و جزء **تخت‌های فعال بیمارستانی لحاظ نمی‌شوند.**

🔗 تخت‌های تحت نظر اورژانس به عنوان تخت فعال بیمارستانی تعریف می‌شوند (تحت عنوان اورژانس بستری).

◀ **میانگین تخت فعال:** عبارتند از: متوسط تخت‌های فعال در یک دوره معین که از تقسیم حاصل جمع تخت‌های فعال در هر یک از روزهای دوره زمانی مورد نظر بر تعداد روزهای فعال آن دوره محاسبه می‌گردد.

🔗 در صورتی که در برخی روزهای ماه، بخشی از بیمارستان موقتاً تعطیل گردد، در محاسبه میانگین تخت فعال ماهانه آن بخش، فقط روزهای فعال آن ماه لحاظ می‌شود.

◀ **بیمار بستری<sup>۱</sup>:** بیماری که حداقل به مدت ۶ ساعت و به منظور دریافت خدمات تشخیصی یا درمانی در بیمارستان پذیرش شده باشد.

🔗 در صورتی که اقامت بیمار در یک بخش بستری کمتر از ۶ ساعت باشد، این بیمار در فرم شماره یک آمار روزانه بخش بستری در فهرست بیماران پذیرش شده و ترخیصی لحاظ می‌شود اما در محاسبات تخت روز و روز بستری وارد نمی‌شود.

🔗 لازم است در فرم‌های شماره یک و دو آمار بخش‌ها، تعداد بیماران شروع سرشماری هر روز با تعداد بیماران پایان سرشماری روز قبل یکسان باشد.

- . Licensed Bed
- . Available Bed
- . Set up
- . Equipped
- . Staffed
- . Inpatient

◀ **تخت روز اشغالی:** "تخت روز اشغالی" واحد اندازه‌گیری خدمات دریافتی بیماران بستری در طی دوره زمانی ۲۴ ساعته می‌باشد (یک روز خدمت برای هر بیمار بستری طی ۲۴ ساعت). به عبارت ساده‌تر، تخت روز اشغالی معادل "سرشماری روزانه بیماران بستری" و بیانگر کل تعداد بیماران بستری در یک بخش در طی یک دوره زمانی ۲۴ ساعته می‌باشد. بر این اساس، تخت روز اشغالی هر بخش به روش زیر محاسبه می‌گردد:

تعداد بیماران حاضر در بخش در شروع سرشماری: A

تعداد بیماران ورودی به بخش در طی ۲۴ ساعت بعدی: B

تعداد بیماران خارج شده از بخش در طی ۲۴ ساعت بعدی: C

تعداد بیماران در پایان سرشماری روزانه: X

تعداد بیمارانی که پذیرش و خروج آنها از بخش در فاصله دو سرشماری بوده است<sup>۷</sup> (بین ۲۴-۶ ساعت): Y

**تخت روز اشغالی = X+Y**

**X=(A+B)-C**

🔔 برای محاسبه تخت روز اشغالی بیمارستان در یک دوره زمانی معین، لازم است مجموع "تعداد بیماران در پایان سرشماری‌های روزانه" و "تعداد بیمارانی که در طی آن دوره، اقامت بین ۶ تا ۲۴ ساعت در بیمارستان داشته‌اند" محاسبه شود.

مجموع تعداد بیماران در پایان سرشماری روزانه: X

مجموع تعداد بیماران با اقامت بین ۶ تا ۲۴ ساعت در کل بیمارستان طی آن دوره: Y

**تخت روز اشغالی بیمارستان = X+Y**

◀ **تخت روز فعال / تخت روز کل<sup>۸</sup>:** تخت روز کل یا تخت روز فعال عبارتند از: حاصل ضرب تعداد روزهای یک دوره معین در تعداد تخت‌های فعال در همان دوره زمانی مورد نظر.

🔔 در صورتی که تعداد تخت‌های فعال در طی دوره زمانی مورد نظر تغییر کند، لازم است این تغییر در محاسبه تخت روز فعال نیز انعکاس یابد. به طور مثال: اگر تعداد تخت‌های فعال از ابتدا تا نوزدهم ماه، ۲۸ تخت و از بیست و یکم تا سی و یکم ماه، ۳۰ تخت باشد، کل تخت روز فعال در این ماه برابر با  $892 = (28 \times 19) + (30 \times 12)$

◀ **روز بستری<sup>۹</sup>:** روز بستری عبارتند از: تعداد روزهای ارائه خدمت به بیماران ترخیص شده. بنابراین، روز بستری پس از خروج بیمار از بخش یا بیمارستان محاسبه شده و عبارتند از: تعداد روزهای میان پذیرش و ترخیص بیمار. برای محاسبه روز بستری، فاصله بین تاریخ پذیرش و تاریخ ترخیص محاسبه می‌گردد (روز ترخیص لحاظ نمی‌شود).

🔔 در صورتی که پذیرش و ترخیص بیمار بین ۶ تا ۲۴ ساعت صورت گیرد، روز بستری بیمار معادل یک روز می‌باشد.

🔔 کل روز بستری بیماران در یک بخش در طی یک دوره معین برابر است با جمع روزهای بستری هر یک از بیماران خروجی از آن بخش در طی آن دوره شامل بیماران انتقال یافته به سایر بخش‌ها و بیماران ترخیص شده (شامل ترخیص با بهبودی/ اعزام دائم به سایر مراکز، ترخیص با رضایت شخصی، فوتی‌ها و موارد فرار).

📌 کل روزهای بستری بیمارستان در یک دوره معین عبارتند از: مجموع روزهای بستری محاسبه شده برای تمامی بیماران ترخیص شده از بیمارستان (با بهبودی، اعزام به سایر مراکز، ترخیص با رضایت شخصی، فوتی‌ها و موارد فرار) در طی آن دوره معین.

◀ **درصد اشغال تخت<sup>۱۰</sup>:** درصد اشغال تخت بستری بیانگر میزان اشغال تخت‌های فعال بیمارستان توسط بیماران بستری در یک دوره زمانی معین است. به عبارت دیگر، درصد اشغال تخت، تعداد بیماران بستری در یک دوره معین را با تعداد تخت‌های موجود در همان دوره مقایسه می‌کند.  
محاسبه درصد اشغال تخت به روش زیر انجام می‌شود:

کل تخت روز اشغالی = A

کل تخت روز فعال (تخت روز کل) = B

$\times [A/B]$  = درصد اشغال تخت

📌 ممکن است درصد اشغال تخت بیشتر از ۱۰۰ باشد. این وضعیت در دو صورت رخ می‌دهد:

الف- در شرایطی که بیمارستان به دلایل مختلف (از جمله افزایش شیوع یک بیماری یا وقوع بحران) با افزایش میزان مراجعه مواجه شده و به طور موقت از تخت‌های اکسترا علاوه بر تخت‌های فعال بیمارستان استفاده کرده باشد.

ب- در شرایطی که به دلیل ماهیت بیماری و نوع اقدام درمانی (خدمات Day Care)، اقامت بیمار در بیمارستان کمتر از ۲۴ ساعت و متوسط بیمارپذیری تخت‌ها بیش از ۱ تا ۴ مورد در روز باشد.

◀ **متوسط مدت بستری<sup>۱۱</sup>:** عبارتند از: متوسط تعداد روزهایی که به هر بیمار بستری ترخیص شده ارائه خدمت شده است.  
محاسبه متوسط مدت اقامت به روش زیر انجام می‌شود:

کل روزهای بستری در طی یک دوره معین = A

کل تعداد بیماران ترخیص شده در همان دوره = B

$A/B$  = متوسط مدت بستری

📌 در محاسبه متوسط مدت بستری در سطح بخش، کل موارد خروج از بخش شامل بیماران ترخیص شده (با بهبودی) / اعزام به سایر مراکز، ترخیص با رضایت شخصی، فوتی‌ها و موارد فرار بیمار) و نیز انتقالی به سایر بخش‌ها در مخرج کسر لحاظ می‌گردد. در حالی که در محاسبه این شاخص در سطح بیمارستان، فقط بیماران ترخیص شده از بیمارستان (با بهبودی) / اعزام به سایر مراکز، ترخیص با رضایت شخصی، فوتی‌ها و موارد فرار بیمار) محاسبه شده و موارد انتقالی بین بخش‌ها لحاظ نمی‌گردند.

📌 در محاسبه متوسط مدت بستری در سطح بیمارستان، کل روز بستری بیمارستان که حاصل جمع روزهای بستری بیماران مرخص شده از بیمارستان (با بهبودی، اعزام به سایر مراکز، ترخیص با رضایت شخصی، فوتی‌ها و موارد فرار بیمار) می‌باشد لحاظ می‌شود، نه جمع روز بستری بخش‌ها.

. Inpatient Bed Occupancy Rate  
. Average Length of Stay

◀ **چرخش اشغال تخت<sup>۱۲</sup>**: عبارتست از: میانگین تعداد دفعاتی که بیماران بستری از هر یک از تخت‌های بستری در یک دوره معین استفاده نموده‌اند. به عبارت دیگر، این شاخص، متوسط تعداد پر و خالی شدن هر یک از تخت‌های بستری را در یک دوره معین نشان می‌دهد.

محاسبه شاخص چرخش اشغال تخت به روش زیر انجام می‌شود:

تعداد بیماران ترخیص شده در یک دوره معین = A

میانگین تخت‌های فعال در طی همان دوره = B

$A/B$  = میانگین چرخش اشغال تخت

تعداد ترخیص شامل: موارد ترخیص شده (با بهبودی / اعزام به سایر مراکز، ترخیص با رضایت شخصی، فوتی‌ها و موارد فرار بیمار) می‌باشد.

اگر در صورت کسر تعداد بیماران پذیرش شده جایگزین تعداد ترخیص‌ها گردد، شاخص میانگین **بیمارپذیری تخت‌ها** حاصل می‌گردد که معادل همان شاخص چرخش اشغال تخت می‌باشد.

◀ **فاصله چرخش اشغال تخت / فاصله بازگردانی تخت<sup>۱۳</sup>**: عبارتند از: متوسط مجموع زمان‌های بین ترخیص یک بیمار و پذیرش بیمار بعدی برای هر تخت (بر حسب روز). به عبارتی دیگر، این شاخص بیانگر میانگین زمان‌هایی است که هر یک از تخت‌های فعال در فاصله بین دو پذیرش خالی بوده‌اند.

محاسبه فاصله چرخش اشغال تخت به روش زیر انجام می‌شود:

تخت روز کل در یک دوره معین = A

تخت روز اشغالی در همان دوره = B

کل ترخیص‌ها (از جمله بیماران انتقالی به سایر بخش‌ها) در همان دوره = C

$[A-B]/C$  = فاصله چرخش اشغال تخت

◀ **اعمال جراحی<sup>۱۴</sup>**: یک عمل جراحی عبارتند از: یک یا چند پروسیجر جراحی که در یک زمان بر روی یک بیمار و با یک رویکرد<sup>۱۵</sup> و یک هدف انجام می‌شود. مثلاً در صورتی که رزکسیون بخشی از روده و کبد در مورد یک بیمار مبتلا به کانسر انجام شود، این فرایند شامل دو پروسیجر اما یک عمل جراحی می‌باشد، زیرا هر دو پروسیجر با یک برش صورت گرفته است. اما در صورتی که دو پروسیجر ازوفاگودئودنوسکوپ و کولونوسکوپ در یک زمان برای بیمار انجام شود، دو پروسیجر با دو رویکرد متفاوت صورت گرفته بنابراین دو عمل جراحی محسوب می‌شود.

- . Bed Turnover Rate
- . Bed Turnover Interval Rate
- . Surgical Procedures
- . Approach

پروسیجرهای جراحی ممکن است از نوع تهاجمی<sup>۶</sup>، کمتر تهاجمی<sup>۷</sup> یا غیرتهاجمی<sup>۸</sup> باشند. پروسیجرهای جراحی تهاجمی مستلزم ایجاد برش یا سوراخ یا ورود جسم یا ماده خارجی به بدن می‌باشند (مانند جراحی باز آئورت)؛ پروسیجرهای جراحی کمتر تهاجمی نیازمند کمترین میزان برش و وارد نمودن اجسام خارجی با ابعاد بسیار کوچک به داخل مجاری بدن می‌باشند مانند انواع جراحی‌های آندوسکوپی و ترمیم آئورت به روش اندوسکولار؛ در حالی که پروسیجرهای غیرتهاجمی نیازمند ایجاد سوراخ، برش، برداشت بافت یا ورود جسم خارجی به داخل بدن نمی‌باشند (از جمله برداشتن خال با استفاده از لیزر، کرایولیپولیز و ...).

اقدامات آندوسکوپی که صرفاً جنبه تشخیصی داشته و به منظور تشخیص انجام می‌شوند، جزء اعمال جراحی لحاظ نمی‌شوند.

اعمال جراحی اورژانس شامل اعمال جراحی انجام شده بر روی بیمارانی می‌باشد که به دلیل فوریت وضعیت از مسیر اورژانس بیمارستان به اتاق عمل انتقال می‌یابند یا بیماران بستری در بخش که به تشخیص پزشک تحت عنوان بیمار اورژانسی در اتاق عمل، تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند. بنابراین، اعمال جراحی الکتیو شامل اعمال جراحی بر روی بیمارانی می‌باشد که معمولاً به دلیل وضعیت غیرفوری در لیست انتظار قرار گرفته و در موعد مقرر و تاریخ مشخص مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند.

از آن جایی که ممکن است برای یک بیمار در یک جلسه جراحی بیش از یک عمل جراحی انجام شود، لازم است تعداد بیماران و تعداد اعمال جراحی به صورت جداگانه گزارش شوند.

سزارین نیز یک عمل جراحی محسوب شده و لازم است در آمار اعمال جراحی لحاظ شود. بنابراین در مورد این دسته از اعمال جراحی نیز تفکیک براساس نوع اورژانس (شامل: اعمال جراحی سزارینی که جنبه فوری داشته و خارج از زمان بندی قبلی انجام شده‌اند) و الکتیو (شامل: اعمال جراحی سزارینی که از فوریت برخوردار نبوده و مطابق با زمان بندی تعیین شده صورت گرفته‌اند) ضروری می‌باشد.

◀ **زایمان:** زایمان اوج دوران بارداری مادر و شامل خارج شدن یک یا چند نوزاد از رحم مادر می‌باشد. فرایند زایمان ممکن است به صورت واژینال یا عمل جراحی سزارین صورت گیرد.

زایمان واژینال، ممکن است به صورت کاملاً طبیعی و فیزیولوژیک (بدون هیچگونه مداخله دارویی یا پزشکی) یا همراه با برخی مداخلات صورت گیرد. از جمله پاره نمودن مصنوعی کیسه آب، اپی‌زیاتومی، استفاده از فورسپس یا وکیوم، زایمان بدون درد و زایمان در آب.

زایمان به روش سزارین در صورتی انجام می‌شود که زایمان واژینال خطراتی را برای مادر یا نوزاد به همراه داشته باشد.

- 
- . invasive
  - . minimally- invasive procedures
  - . non invasive

سزارین ممکن است به دلایل یا اندیکاسیون‌های پزشکی یا به درخواست مادر و بدون اندیکاسیون پزشکی صورت گیرد. برخی اندیکاسیون‌های پزشکی سزارین عبارتند از: فشار خون بالای مادر، عدم تناسب سر جنین و لگن، زجر جنین، مشکلات جفت و بند ناف، نمایش غیرطبیعی جنین، عدم پیشرفت زایمان، چندقلوبی و سزارین قبلی<sup>۱۹</sup>.

◀ **موالید:** شامل نوزادان زنده متولد شده از طریق زایمان واژینال یا سزارین می‌باشند.

## نکات قابل توجه در تکمیل فرم ۱-۲۰۱:

۱. لازم است تا جای ممکن فعالیت بخش‌های بستری به صورت تخصصی یا فوق تخصصی گزارش شود. در این رابطه، تفکیک تخصصی بخش‌های جنرال که بیماران مرتبط با انواع تخصص‌ها در آنها بستری می‌شوند، همچنین تفکیک فوق تخصصی بخش‌هایی که بیماران مربوط به زیرشاخه‌های مختلف فوق تخصصی یک تخصص در آنها بستری می‌شوند دارای اهمیت بسیار می‌باشد.

۲. در مورد تخصص زنان و زایمان در فرم ۱-۲۰۱:

✓ بخش **پست پارتوم**، عمدتاً به ارائه خدمات بستری به مادرانی که زایمان (طبیعی و سزارین) داشته‌اند اختصاص دارد.

✓ بخش **جراحی زنان (ژنیکولوژی)** مختص زنان غیربارداری که تحت مراقبت‌های داخلی و جراحی خاص زنان (ژنیکولوژی) قرار گرفته‌اند می‌باشد.

مادرانی که به دلایل مرتبط با بارداری به درمانگاه پریناتولوژی مراجعه کرده و نیاز به بستری داشته باشند، در صورتی که موعد زایمان آنها نزدیک باشد در قسمت لیبر تحت نظر قرار گرفته و در صورتی که موعد زایمان آنها نزدیک نباشد در بخش جراحی زنان و زایمان تحت نظر قرار می‌گیرند.

بخش زایمان (بلوک زایمان) با سیستم LDR و LDRP<sup>۲۱</sup> به عنوان بخش‌های بستری تحت عنوان LDR و LDRP تعریف می‌شوند.

بخش مادران پرخطر، به منظور مراقبت از مادری که بارداری پرخطر دارد و نیازمند بستری است تا مشکلات پزشکی او کنترل و از مرگ و میر و عوارض مادری و جنینی جلوگیری شود<sup>۲۲</sup>.

◀ **میزان مرگ و میر ناخالص بیمارستانی<sup>۲۳</sup>:** عبارتند از: نسبت ترخیص‌های بیمارستانی که به مرگ ختم شده‌اند.

محاسبه این شاخص به روش زیر انجام می‌شود:

### . Repeat C-Section

<sup>۲۰</sup> سیستم LDR بخشی است که در آن فرایند لیبر، زایمان و ۲ ساعت بعد از زایمان در یک اتاق یا یک تخت و برای یک مادر انجام می‌شود. مادر و نوزاد از ساعت بعد از زایمان تا زمان ترخیص به بخش پست پارتوم منتقل می‌شوند.

<sup>۲۱</sup> سیستم LDRP بخشی است که در آن فرایند لیبر، زایمان، ۲ ساعت بعد از زایمان و مراقبت‌های پست پارتوم (بستری بعد از زایمان) تا زمان ترخیص مادر در یک مکان انجام می‌شود.

. مادرانی که در بخش مادران پرخطر بستری می‌شوند عبارتند از: انقباضات زودرس رحمی، پارگی زودرس کیسه آب، سرویکس نارسا، جفت سرراهی، افزایش فشارخون ناشی از بارداری، پره اکلامپسی، دیابت بارداری، چندقلوبی، TTS، trap، مشکلات عضلانی و اسکلتی، بیماری‌های سیستمیک (قلبی، کلیوی، BMI بین ۱۹ و ۳۵ با عوارض مامایی، تأخیر در رشد داخل رحمی، پیلونفریت، پلی هیدروآمنیوس شدید، شکم حاد بارداری، تب ناشناخته، تهوع، استفراغ شدید و کنترل نشده، ترومبوز ورید عمقی، کلستاز بارداری، آنمی شدید و غیره.

### . Gross Death Rate

کل موارد فوت شده در یک دوره معین = A

کل ترخیص‌ها در همان دوره = B

$$[A/B] \times k = \text{درصد مرگ و میر ناخالص بیمارستانی}$$

🔔 برای محاسبه این شاخص در سطح بخش‌های بستری، کل موارد خروج از بخش شامل ترخیص از بیمارستان (بهبودی/ اعزام به سایر مراکز و فوتی) و انتقالی به سایر بخش‌ها در مخرج کسر لحاظ می‌گردد.

🔔 برای محاسبه این شاخص در سطح بیمارستان نیاز به در نظر گرفتن موارد انتقالی بین بخش‌ها در مخرج کسر نمی‌باشد.

◀ **میزان مرگ و میر خالص بیمارستانی**<sup>۲۴</sup>: این شاخص از جمله شاخص‌های تطابق یافته<sup>۲۵</sup> می‌باشد زیرا در محاسبه

این شاخص، موارد فوت در ۲۴ ساعت اول پذیرش در بیمارستان به مرگ‌های بیمارستانی نسبت داده نمی‌شود.

روش محاسبه این شاخص عبارتند از:

تعداد کل فوتی‌ها در یک دوره معین = A

تعداد موارد فوت شده کمتر از ۲۴ ساعت در همان دوره = B

کل بیماران ترخیصی در همان دوره = C

$$[(A-B)/(C-B)] \times k = \text{درصد مرگ و میر خالص بیمارستانی}$$

🔔 محاسبه این شاخص نیز در سطح بخش و بیمارستان مانند شاخص مرگ و میر ناخالص بیمارستانی صورت می‌گیرد.

◀ **میزان مرگ نوزادان**<sup>۲۶</sup>: عبارتند از تعداد نوزادان (۱-۲۸ روز) فوت شده در هر ۱۰۰۰ نوزاد (زنده/ فوت شده).

🔔 جنین مرده به دنیا آمده<sup>۲۷</sup> در این شاخص و شاخص‌های مرگ و میر خالص و ناخالص بیمارستانی لحاظ نمی‌گردد.

◀ **میزان مرگ جنینی**<sup>۲۸</sup> (IUID): مرگ جنینی مرگی است که قبل از خروج کامل جنین روی می‌دهد (صرفنظر از مدت

زمان حاملگی). مرگ‌های جنینی معمولاً برحسب طول دوره بارداری یا وزن جنین به گروه‌های زیر دسته‌بندی می‌شوند:

▪ کمتر از ۲۰ هفته بارداری یا وزن ۵۰۰ گرم و کمتر<sup>۲۹</sup>

▪ بین ۲۰ تا قبل از ۲۸ هفته بارداری یا وزن بین ۵۰۱ تا ۱۰۰۰ گرم<sup>۳۰</sup>

▪ ۲۸ هفته بارداری یا وزن بیش از ۱۰۰۰ گرم<sup>۳۱</sup>

- . Net Death Rate
- . adjusted
- . New Born Death Rate
- . still birth
- . Fetal Death Rate/ Still Birth/ Intra Uterine Fetal Death
- . Early Fetal Death
- . Intermediate Fetal Death
- . Late Fetal Death



محاسبه شاخص مرگ جنینی به روش زیر انجام می‌شود:

تعداد مرگ‌های بین ۲۰ تا ۲۸ هفته (مرگ‌های intermediate و late جنینی) در یک دوره معین = A  
تعداد کل نوزادان زنده = B

$$\text{درصد مرگ جنینی} = [A / (B+A)] \times 1000$$

🔔 **میزان مرگ حول و حوش تولد (PMR)<sup>۳۲</sup>** از جمع مرگ‌های نوزادی و مرگ‌های جنینی حاصل می‌شود.

🔔 **میزان مرگ مادر (MMR)<sup>۳۳</sup>**: مرگ مادر در طی دوره بارداری یا به فاصله ۴۲ روز پس از ختم بارداری به دلایل مرتبط

با بارداری یا تشدید شده تحت تأثیر بارداری یا نحوه مدیریت آن. موارد مرگ مادر به دلایل تصادف یا وقوع حادثه در محاسبه مرگ مادر لحاظ نمی‌گردد.

محاسبه میزان مرگ مادر به روش زیر صورت می‌گیرد:

تعداد مرگ مادر به دلایل مرتبط با بارداری یا تشدید یافته تحت تأثیر بارداری در طی یک دوره معین = A  
تعداد موالید = B

$$\text{میزان مرگ مادر} = [A/B] \times$$

◀ **بیمار سرپایی<sup>۳۴</sup>**: بیماری که بدون اشغال تخت‌های بستری از خدمات تشخیصی یا درمانی بیمارستان یا مرکز ارائه‌دهنده

خدمت برخوردار می‌گردد. این بیماران به گروه‌های زیر دسته‌بندی می‌شوند:

- بیمار سرپایی اورژانس<sup>۳۵</sup> در درمانگاه اورژانس بیمارستان و به منظور تشخیص و درمان وضعیتی که نیازمند خدمات فوری می‌باشد، پذیرش می‌شود.
- بیمار سرپایی درمانگاه<sup>۳۶</sup> به منظور تشخیص و درمان وضعیتی غیرفوری به درمانگاه بیمارستان مراجعه می‌کند.
- بیماران سرپایی واحدهای پاراکلینیک و واحدهای تشخیصی<sup>۳۷</sup> و درمانی<sup>۳۸</sup>

◀ **مراجعه به درمانگاه‌های تخصصی و فوق تخصصی**

شامل: بیمارانی که به منظور تشخیص و درمان وضعیتی غیرفوری به درمانگاه بیمارستان مراجعه می‌کنند.

🔔 لازم است تعداد پزشکان شاغل در درمانگاه به تفکیک پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص و فلوشیپ گزارش شود.

در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه، همچنین لازم است تعداد فراگیران (دانشجویان دوره‌های تخصص، فوق تخصص و فلوشیپ) به صورت جداگانه برای هر یک از درمانگاه‌های تخصصی شمارش گردد.

- 
- . Prenatal Mortality Rate
  - . Maternal Mortality Ratio: MMR
  - . Outpatient
  - . Emergency Outpatient
  - . Ambulatory outpatient
  - . Diagnostic services
  - . Therapeutic services

تعداد مراجعین هر درمانگاه براساس تعداد ویزیت‌های انجام شده توسط پزشکان آن درمانگاه در شیفت‌های کاری صبح و عصر محاسبه می‌گردد.

ویزیت‌های درمانگاهی در مراکز آموزشی ممکن است به طور مستقیم توسط پزشک اتند، تحت نظارت پزشک اتند یا توسط فراگیران (دستیاران سال چهارم و دانشجویان دوره‌های فوق تخصص و فلوشیپ) صورت گیرد.

ویزیت دستیاران سال‌های اول، دوم و سوم فقط تحت نظارت پزشک اتند یا دستیاران سال چهارم و دانشجویان دوره‌های فوق تخصص و فلوشیپ مجاز می‌باشد.

مشاوره‌های انجام شده در درمانگاه برای بیماران بستری در بخش‌ها، در آمار ویزیت درمانگاهی لحاظ نمی‌گردد.

بمنظور جداسازی تعداد مراجعین سرپایی کووید در درمانگاه‌های تخصصی در فرم ۲-۲۰۱، لازم است بیماران سرپایی دارای علائم کووید که به درمانگاه‌های داخلی، ریه، عفونی یا سایر درمانگاه‌ها مراجعه کرده‌اند، بصورت جداگانه در مراجعین به درمانگاه کووید-۱۹ ثبت شود.

### ◀ مراجعین به کلینیک‌های ویژه

شامل بیمارانی که به منظور تشخیص و درمان وضعیتی غیرفوری به کلینیک ویژه بیمارستان مراجعه می‌کنند.

کلینیک ویژه تخصصی و فوق تخصصی که به اختصار کلینیک ویژه خوانده می‌شود واحدی است دولتی و مستقل که با استفاده از نیروهای تخصصی و فوق تخصصی هیأت علمی تمام وقت فعالیت می‌کند. این کلینیک به عنوان واحدی با شخصیت حقوقی مستقل بوده و به عنوان واحد درمانی دولتی و سرپایی زیر نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی اداره می‌شود.

نیروی تخصصی کلینیک ویژه شامل اعضای هیأت علمی متخصص و فوق تخصص تمام وقت دانشگاه می‌باشند که با درخواست شخصی و پس از تأیید معاونت درمان دانشگاه در این کلینیک‌ها مشغول فعالیت خواهند شد.

در صورت وجود ظرفیت خالی و حسب نیاز با صلاحدید معاونت درمان هر دانشگاه استفاده از متخصصین غیرهیأت علمی (درمانی) تمام وقت در کلینیک‌های ویژه مجاز می‌باشد.

### ◀ مراجعین به درمانگاه اورژانس

- **تعداد موارد سرپایی:** شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اورژانس که پس از الویت‌بندی پرستار تریاژ و ویزیت اولیه از سوی پزشک به صورت سرپایی درمان و از درمانگاه اورژانس خارج می‌شوند و نیاز به ماندن در درمانگاه اورژانس ندارند.

- **تعداد موارد بستری:** شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اورژانس که پس از اولویت‌بندی پرستار تریاژ و ویزیت اولیه از سوی پزشک جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی، نیاز به اقامت در درمانگاه اورژانس داشته و برای آنها پرونده تشکیل می‌گردد، صرف‌نظر از نوع پرونده (تحت‌نظر، موقت، بستری و ...) و فارغ از مدت بستری و یا مدت اقامت آنها در درمانگاه اورژانس.

- **تعداد بیماران ورودی بر حسب سطوح تریاژ:** شامل تمامی مراجعین به درمانگاه اورژانس که در بدو ورود به این بخش و به منظور تسریع در شناسایی و افتراق موارد فوری از موارد غیرفوری و مزن توسط پرستار تریاژ اولویت‌بندی شده و در یکی از سطوح پنج‌گانه تریاژ طبقه‌بندی شده‌اند.

در مواردی که مراجعه بیمار الکتیو به درمانگاه اورژانس به دلیل انجام تریقات می‌باشد، فقط در صورتی که بیمار مذکور تریاژ شده و توسط پزشک اورژانس ویزیت شده باشد، در آمار مراجعین به درمانگاه اورژانس لحاظ شده و در غیر اینصورت در این آمار لحاظ نمی‌گردد.

- پذیرش از ۱۱۵: شامل کلیه بیمارانی که توسط اورژانس ۱۱۵ به درمانگاه اورژانس بیمارستان انتقال یافته‌اند. این آمار شامل آمبولانس‌های خصوصی و آمبولانس‌های متعلق به مراکز درمانی نمی‌شود.

- فوتی بدو ورود: شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اورژانس که در هنگام آورده شدن به درمانگاه اورژانس علائم مرگ قطعی را دارا می‌باشند و هیچ اقدام درمانی برای آنها صورت نمی‌گیرد، شامل جدا شدن سر از بدن، سفتی جسد (جمود نعشی)، متلاشی شدن بدن، فساد نعشی و کبودی نعشی. این تعریف بیمارانی را که تازه دچار ایست قلبی یا تنفسی شده‌اند صرفنظر از این که عملیات احیاء موفق باشد یا خیر شامل نمی‌شود.

از آن جایی که ممکن است تعدادی از مراجعین پس از تریاژ و قبل از ویزیت اولیه با میل شخصی درمانگاه اورژانس بیمارستان را ترک کنند (LWBS)، جمع موارد سرپایی، بستری و فوتی بدو ورود رقمی نزدیک به تعداد مراجعین بر حسب تریاژ نمی‌باشد.

- تعداد بیماران ارجاع شده از سایر مراکز به درمانگاه اورژانس: شامل بیمارانی که از سایر بیمارستان‌ها به منظور ادامه یا تکمیل روند درمان با اطلاع و نظارت ستاد هدایت یا فرد مسئول هماهنگی پذیرش بیماران در بیمارستان مبدأ و مقصد به درمانگاه اورژانس بیمارستان مقصد مراجعه می‌کنند.

ارجاع بیماران ممکن است از سایر بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه، سایر بیمارستان‌های تحت پوشش و غیروابسته به دانشگاه، بیمارستان‌های تحت پوشش سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی استان و بیمارستان‌های خارج از استان تهران صورت گیرد.

- انتقال به بخش‌های عادی: شامل کلیه بیمارانی است که به درمانگاه اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کنند و از درمانگاه اورژانس به یکی از بخش‌های عادی همان بیمارستان منتقل می‌شوند.

چنانچه بیماری از درمانگاه اورژانس به اتاق عمل فرستاده شده و بعد از پایان عمل در بخش‌های عادی بستری شود هم در این آمار محاسبه می‌شود.

- انتقال به بخش‌های ویژه: شامل کلیه بیمارانی که به درمانگاه اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کنند و از درمانگاه اورژانس به یکی از بخش‌های ویژه همان بیمارستان (اعم از: ICU، CCU، NICU و PICU) منتقل می‌شوند.

چنانچه بیماری از درمانگاه اورژانس به اتاق عمل فرستاده شده و بعد از پایان عمل در بخش‌های ویژه بستری شود هم در این آمار محاسبه می‌شود.

- **ترخیص با رضایت شخصی:** شامل کلیه بیمارانی که به درمانگاه اورژانس بیمارستان مراجعه کرده ولی در هر مرحله‌ای بعد از ویزیت شدن توسط پزشک اورژانس، علی‌رغم توصیه پزشکی اورژانس را ترک می‌کنند<sup>۴۰</sup> (AMA).

بیمارانی که قبل از ویزیت شدن توسط پزشک، با میل شخصی درمانگاه اورژانس را ترک می‌کنند (LWBS) و یا مواردی که پس از انتقال بیمار به بخش‌های دیگر بیمارستان رضایت شخصی داده می‌شود در این آمار محاسبه نمی‌شوند.

- **اعزامی از درمانگاه اورژانس:** بیمارانی که پس از انجام اقدامات درمانی با شرایط همودینامیک پایدار به منظور تکمیل روند تشخیص و درمان جهت انجام مشاوره‌های تخصصی / فوق تخصصی و یا انجام اقدامات پاراکلینیکی از درمانگاه اورژانس به سایر مراکز درمانی اعزام می‌شوند.

این تعریف مواردی را که بیمار با رضایت شخصی درمانگاه اورژانس را برای مراجعه به مرکز درمانی دیگری ترک می‌کند شامل نمی‌شود.

این تعریف مواردی را که بیمار برای انجام مشاوره‌های تخصصی به مراکز دیگر ارجاع و بازگردانده می‌شود شامل نمی‌شود.  
- **فوت در ۱۲ ساعت اول:** شامل کلیه بیمارانی که به درمانگاه اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کنند و ظرف مدت ۱۲ ساعت اول بعد از مراجعه به درمانگاه اورژانس در این بخش فوت می‌کنند.

این آمار همچنین شامل بیمارانی می‌شود که در ۱۲ ساعت اول بعد از مراجعه به درمانگاه اورژانس از آنجا به اتاق عمل منتقل می‌شوند و در اتاق عمل فوت می‌کنند.

بدیهی است این آمار مواردی را که بیمار در بدو مراجعه به درمانگاه اورژانس دچار علائم مرگ قطعی بوده‌اند و نیز مواردی را که بیمار از درمانگاه اورژانس به بخش‌های عادی و ویژه همان مرکز اعزام شده و در آنجا فوت نموده است در بر نمی‌گیرد.  
- **فوت بعد از ۱۲ ساعت اول:** شامل کلیه بیمارانی بعد از ۱۲ ساعت حضور در درمانگاه اورژانس، در آنجا فوت می‌کنند.

چنانچه بیماری از درمانگاه اورژانس به اتاق عمل منتقل شود و در اتاق عمل فوت کند، چنانچه بیش از ۱۲ ساعت از مراجعه وی به درمانگاه اورژانس گذشته باشد در این آمار منظور می‌گردد.

بدیهی است چنانچه بیمار قبل از فوت به یکی از بخش‌های عادی یا ویژه آن بیمارستان یا سایر مراکز منتقل شده باشد در این آمار لحاظ نمی‌گردد.

### ◀ مراجعین به واحدهای تشخیصی و درمانی و پاراکلینیک

شامل مراجعین سرپایی یا بستری جهت دریافت خدمات تشخیصی<sup>۴۱</sup> (از جمله آزمایش، تصویربرداری، بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی، تست‌های الکتروفیزیولوژی، کاتتریزاسیون‌های قلبی عروقی، بیوپسی‌های تشخیصی [آندوسکوپی، پرکوتانئوس و ...]، آندوسکوپی‌ها)، پروسیجرهای درمانی<sup>۴۲</sup> (فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی و ...) و اقدامات پشتیبان درمان<sup>۴۳</sup> (از جمله رژیم‌تراپی، خدمات ارتوپدی فنی، اقدامات کمک شنوایی و کمک بینایی، بازتوانی و ...) می‌باشد.

در ارتباط با خدمات تشخیصی درمانی، تفکیک تعداد مراجعین (نسخ) از تعداد خدمات (اقلام) ضروری می‌باشد.

- . Against Medical Advice Discharge
- . Diagnostic services
- . Therapeutic services
- . Ancillary

🔔 در خصوص آزمایشگاه، تعداد بیمار، تفکیک تعداد مراجعه و تعداد خدمت در فرم ۲-۲۰۱ بصورت جداگانه در ستون‌های متناظر ضروری می‌باشد.

🔔 در ارتباط با خدمات تشخیصی درمانی، تعداد نسخ یا تعداد درخواست‌های ثبت شده به منزله تعداد مراجعین و تعداد اقلام درخواستی ثبت شده در نسخ معادل تعداد خدمات می‌باشد. به عنوان مثال در صورتی که برای یک بیمار بستری در طی دوره اقامت در بیمارستان، نسخ متعدد آزمایش درخواست گردد، هر نسخه به عنوان یک مراجعه (بیمار) جدید به آزمایشگاه محسوب می‌شود.

### 🔔 نکات قابل توجه:

۱. در ارتباط با انواع رادیوگرافی، OPG و ماموگرافی، تعداد موارد **اکسپوز**<sup>۴۴</sup> عضو/اعضای مورد نظر بیانگر بار واقعی خدمات می‌باشد.

۲. در ارتباط با انواع سونوگرافی، انواع سی تی اسکن و MRI، پزشکی هسته‌ای و مداخلات تصویربرداری، تعداد تست‌های انجام شده بر حسب **اندام‌ها** بیانگر بار واقعی خدمات می‌باشد.

🔔 در ارتباط با خدمات سی تی اسکن و MRI، در مواردی که در یک نسخه، ترکیبی از موارد با تزریق و بدون تزریق برای اندام‌های مختلف درخواست شده باشد، تعداد مراجعه، فقط یک مراجعه لحاظ می‌گردد (این یک مراجعه می‌تواند در یکی از دو ستون تعیین شده برای تعداد بیمار گزارش شود).

منظور از بیوپسی، بیوپسی‌های تشخیصی می‌باشد. بدیهی است بیوپسی‌های جراحی در پروسیجرهای جراحی گزارش می‌شوند.