

## دستورالعمل نظام ارجاع الکترونیک (در بخش دولتی)

همانگونه که مستحضرید نظام ارجاع الکترونیک از سوی خانه بهداشت به مرکز خدمات جامع سلامت (سطح 1) و از مرکز خدمات جامع سلامت به بیمارستانها و کلینیک ها (سطح 2) می باشد. در مواقع خاص ارجاع از سطح 2 به بیمارستانهای تخصصی سطح 3 صورت می پذیرد. ارجاع به بیمارستان بر اساس نقشه ارجاع سطح 2 و 3 صورت می پذیرد که متعاقبا ارسال خواهد شد. بازخورد ارجاع یکی از ارکان این فرایند بوده که باید به صورت زیر صورت پذیرد:

- بازخورد ارجاع توسط پزشکان خانواده (سطح 2) به بهورزان یا مراقبین.
- بازخورد ارجاع توسط متخصصان (سطح 3) به پزشکان خانواده

ارجاع بهورزان و مراقبین به پزشک مرکز منوط به **لینک ارجاع کاربر پذیرش** می باشد. اما بازخورد پزشک مستقیما به بهورز و مراقب سلامت ارسال می گردد.

ارجاع پزشک به متخصص نیازمند لینک پذیرش نبوده و مستقیما به کلینیک یا بیمارستان مربوطه ارسال می گردد. لازم است پزشک تا زمان اجرای سامانه نوبت دهی که در مراکز راه اندازی خواهد شد، فرم ارجاع الکترونیک را برای بیمار پرینت گرفته تا بیمار با آن برگه به بیمارستان یا کلینیک مربوطه مراجعه نماید.

اطلاعات زیر در صفحه فرم ارجاع الکترونیک بیمار، توسط پزشک متخصص قابل رویت می باشد بنابراین شایسته است کلیه اطلاعات فوق در پرونده الکترونیک تکمیل گردد: (ثبت موارد \* دار الزامی بوده و بدون ثبت آنها ارجاع الکترونیک انجام نمی گیرد)

❖ شکایت اصلی بیمار \* (اگر بیمار شکایتی ندارد و صرفاً جهت مراقبت های بسته خدمت گروه سنی، نیاز به ویزیت متخصص دارند، ضمن اجرای کل فرایند،

در این قسمت کد 999 ثبت و توضیحات لازم یادداشت می گردد)

❖ یافته های بالینی: ثبت اطلاعات «معاینه فیزیکی» در صفحه ویزیت موجب رویت یافته های بالینی، توسط متخصص می گردد.

❖ فشار خون - نبض - درجه حرارت - تعداد تنفس - قد - وزن \*

❖ بیماری زمینه ای

❖ داروهای مصرفی

❖ سابقه خانوادگی

❖ تشخیص پزشک خانواده \*

❖ داروهای تجویزی

❖ آزمایشات درخواستی

❖ نوع بیمه و تاریخ اعتبار بیمه \*

❖ رادیولوژی

موارد زیر نیز در گزارش ارجاع به متخصص ارسال خواهد شد و لازم است پزشک قبل از ارسال ارجاع از صحت اطلاعات ثبت شده اطمینان حاصل فرماید :

- اطمینان از صحت شماره تلفن ثبت شده مرکز
- اطمینان از صحت شماره نظام پزشکی ثبت شده پزشک خانواده
- اطمینان از صحت مشخصات بیمار (شامل سن ، جنسیت و ...)
- اطمینان از صحت اطلاعات بیمه ای بیمار (شامل نوع بیمه و تاریخ اعتبار بیمه )

سرشماری - ارائه خدمت - ثبت وقایع - آزمایش ها - گزارش ها - پیام ها

بستایی شادمرن - خدمت گیرنده مبری نقره دوست - فبرست خانوار مبری نقره دوست

ویزیت مبری نقره دوست

مبری نقره دوست  
37 سال و 10 ماه  
انتخاب تصویر

شکایت - دستگاه بدن - معاینه فیزیکی - تشخیص - تجویز دارو - اقدام - پاراکلینیک

فشار خون سیستولیک	فشار خون دیاستولیک	درجه حرارت	تعداد نبض	وزن	قد	تعداد تنفس	نمایه توده بدنی
mm/Hg 110 (1397,04/05)	mm/Hg 70 (1397,04/05)	برای ثبت کلیک کنید	66 در دقیقه (1397,04/05)	75 کیلو گرم (1397,04/05)	161 سانتی متر (1397,04/05)	17 در دقیقه (1397,04/05)	kg/m2 29.32 (1397,03/28)

شرح حال بیمار

بیماری ها و سوابق فردی	نتایج آزمایش	داروهای مصرفی	سوابق خانوادگی
Type 2 diabetes mellitus	Fasting Blood Sugar (FBS): 267 mg/dl Blood Sugar(2hpp): 384 mg/dl Hemoglobin A1C: 9.4 Percent Total Hb	METFORMIN GLIBENCLAMIDE	Family history of diabetes mellitus
		وقایع مهم	حساسیت ها
		اطلاعاتی ثبت نشده است	اطلاعاتی ثبت نشده است

لازم است قبل از ارجاع به سطح 2 به ترتیب اطلاعات فشار خون ، درجه حرارت ، نبض ، وزن ، قد ، تنفس به روز گردد

( بعنوان مثال حتی اگر وزن و قد تغییری نکرده آن را دوباره وارد نمایید ).

از آنجاییکه تکمیل اطلاعات بیمه ای الزامی می باشد ، لازم است اطلاعات فوق قبل از ارجاع تکمیل گردد . تکمیل اطلاعات بیمه ای می بایست توسط ارائه دهندگان خدمت سطح اول (بهورز و مراقب سلامت ) صورت ولی جهت ضرب العجل بودن اجرای این برنامه و برنامه بازدید وزارتی ، در مراکز پایلوت برای موارد خاص پزشکان محترم نیز می توانند از مسیر زیر اطلاعات بیمه ای را ویرایش و بروزرسانی نمایند :

اگر در حین ارسال ارجاع با پیغام خطای «تاریخ اعتبار بیمه» مواجه شدید کد ملی بیمار را انتخاب و Copy نموده سپس از منوی ثبت نام و سرشماری ← بیمه اعضا را انتخاب نموده سپس در قسمت کد ملی Paste را اجرا نموده سپس گزینه «جستجو» را اجرا و با کلیک بر روی نام بیمه فرد مورد نظر وارد صفحه مشخصات بیمه آن فرد شده و نوع بیمه و تاریخ اعتبار آنرا تکمیل نمایید. مسیر ویرایش اطلاعات بیمه :



مدیریت سامانه | ثبت نام و سرشماری | ارائه خدمت | ثبت وقایع | آزمایش ها | گزارش ها | پیام ها

کمز خدمات جامع سلامت شهری / روستایی شاندرمن | خدمت گیرنده مبری نقره دوست | فهرست خانوار مبری نقره دوست

هاجر فلاح پاکدامن کسبخی [پزشک] | ۵۱۶۹۵۰۲۰۷۹

بیمه اعضا (1 نفر)

خدمت دهنده: هاجر فلاح پاکدامن کسبخی

نام خانوادگی: شماره ملی: سن از: تا: کد خانوار: جنسیت: وضعیت: پیشرفته جستجو

5169502079

نام خانوادگی	شماره ملی	شماره تماس	سن	جنسیت	توضیحات
نقره دوست	5169502079	099	37 سال و 10 ماه	زن	سلامت (روستایی)

وضعیت بیمه مبری نقره دوست

بیمه پایه اول

بیمه پایه دوم

بیمه تکمیلی

بیمه گر: سلامت (روستایی)

شماره بیمه: تاریخ اعتبار بیمه: 1402/03/30

بیمه پایه اول: تاریخ اعتبار بیمه: 1402/03/30

بیمه پایه دوم: تاریخ اعتبار بیمه:

بیمه تکمیلی: تاریخ اعتبار بیمه:

ذخیره

خرداد 1402

ش	ی	د	س	چ	پ	ج
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

بستن امروز

## مسیر ارجاع الکترونیک :

وزارت بهداشت

سیب یکپارچه سامانه بهداشت

نام و سرشماری - ارائه خدمت - ثبت وقایع - آزمایش ها - گزارش ها - پیام ها

مبری / روستایی شاندرمن - خدمت گیرنده مبری نقره دوست - فبرست خاتوار مبری نقره دوست

۵۱۶۹۵۰۴۰۷۹

ویزیت مبری نقره دوست

مبری نقره دوست  
37 سال و 10 ماه  
انتخاب تصویر

شکایت    دستگاه بدن    معاینه فیزیکی    تشخیص    تجویز دارو    اقدام    پاراکلینیک

فشار خون سیستولیک	فشار خون دیاستولیک	درجه حرارت	تعداد نبض	وزن	قد	تعداد تنفس	نمایه توده بدنی
mm/Hg 110 (1397/04/05)	mm/Hg 70 (1397/04/05)	برای ثبت کلیک کنید	تعداد نبض 66 در دقیقه (1397/04/05)	وزن 75 کیلوگرم (1397/04/05)	قد 161 سانتی متر (1397/04/05)	تعداد تنفس 17 در دقیقه (1397/04/05)	نمایه توده بدنی kg/m <sup>2</sup> 29.32 (1397/03/28)

شکایت: 999 سایر (متن آزاد) تست

شرح حال بیمار

تایید نهایی و پایان ویزیت

توصیه و یادداشت    پیگیری برای دیگران    پیگیری برای خودم    **مشاوره / ارجاع**

ارجاع به ...

...

...

بیمارستان ها و کلینیک های سطح دو

خانه بهداشت سیاهدوله

خانه بهداشت برگ سرا

خانه بهداشت شیخ نشین

پایگاه سلامت ضمیمه شاندرمن

خانه بهداشت قران

خانه بهداشت سیاهمر د

اتصاف

ارجاع



ارجاع به ...

بیمارستان ها و کلینیک های سطح دو

نقش

متخصص بیماریهای داخلی

نوع ارجاع

غیراورژانسی

دلیل ارجاع

ویزیت متخصص

توضیحات

اتصاف

ارجاع

نمونه فرم ارجاعی که به صورت الکترونیک به بیمارستان ارجاع می شود :

فرم ارجاع بیمار از مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی (سطح 1) به مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی تخصصی (سطح 2)

 4647714568		تاریخ پذیرش: 1397/4/6	
<b>فرم ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده</b>			
سازمان بیمه گر: خدمات درمانی	صندوق بیمه ای:	شماره بیمه:	تاریخ اعتبار: 1402/3/30
مرکز خدمات جامع سلامت: مرکز خدمات جامع سلامت شهری / روستایی شاندرمن	شماره تماس مرکز: 01344651430, 01344652355		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: هاجر فلاح پاکدامن کسبخی	شماره نظام پزشکی: 4321		
نام و نام خانوادگی بیمار: مهری نقره دوست	شماره ملی: 5169502079	تاریخ تولد: 1359/6/6	
شکایت اصلی بیمار:	یافته های بالینی:		
فشار خون: 110/70	نبض: min 66	درجه حرارت:	تعداد تنفس: min 17
بیماری زمینه ای: Type 2 diabetes mellitus	داروهای مصرفی: GLIBENCLAMIDE 5MG TAB METFORMIN HCL 500MG TAB	قد: 161 cm	وزن: 75 kg
<b>تشخیص پزشک خانواده:</b> Heart disease, unspecified			
داروهای تجویزی:	آزمایشات درخواستی:	رادیولوژی:	
علت ارجاع: ویزیت متخصص		نوع ارجاع: غیراورژانسی	
نوع ارجاع: غیراورژانسی		نوع تخصص ارجاعی: متخصص بیماریهای داخلی	

<b>فرم بازخوراند از مراکز ارائه خدمات درمانی</b>			
نام بیمارستان / درمانگاه:		شماره تماس:	
نام و نام خانوادگی متخصص/فوق تخصص:	نوع تخصص:	شماره نظام پزشکی:	
علت مراجعه:	علائم بالینی:	یافته های بالینی:	
فشارخون:	درجه حرارت:	تعداد تنفس:	قد:
نبض:	وزن:		
<b>تشخیص اولیه پزشک متخصص / فوق تخصص:</b>			
داروهای تجویزی:	آزمایشات درخواستی:		
رادیولوژی:	سایر اقدامات:		
پیگیری لازم:	توضیحات:		
<input type="checkbox"/> مراجعه مجدد <input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص یا فوق تخصص <input type="checkbox"/> ادامه درمان و کنترل توسط پزشک خانواده <input type="checkbox"/> بستری			
<b>تشخیص نهایی پزشک متخصص / فوق تخصص:</b>			

بهرتر است جهت اطلاع از وضعیت ت عداد ارجاع دهندگان صفحه فوق را در قالب Pdf در فولدري جداگانه ذخيره نماييد :

Print Save Page 1 of 1 100% One Page

Document File...  
 Adobe PDF File...  
 Microsoft XPS File...  
 Microsoft PowerPoint File...  
 HTML File...  
 Text File...  
 Rich Text File...  
 Microsoft Word File...  
 OpenDocument Writer File...  
 Microsoft Excel File...  
 OpenDocument Calc File...  
 Data File...  
 Image File...

فرم ارجاع بیمار از مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی (سطح 1) به مرکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی

تاریخ پذیرش: 1397/4/6

**فرم ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده**

سازمان بیمه گر: خدمات درمانی	صندوق بیمه ای:	شماره بیمه:
مرکز خدمات جامع سلامت: مرکز خدمات جامع سلامت شهری / روستایی شاندرمن		
نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: هاجر فلاح پاکدامن کسبخی		
نام و نام خانوادگی بیمار: مهری نقره دوست	شماره ملی: 5169502079	تاریخ تولد: 1359/6/6
شکایت اصلی بیمار:		
فشار خون: 110/70	نیض: min 66	درجه حرارت: یافته های بالینی:
بیماری زمینه ای: Type 2 diabetes mellitus	داروهای مصرفی: GLIBENCLAMIDE 5MG TAB METFORMIN HCL 500MG TAB	تعداد تنفس: min 17
Family history of سابقه خانوادگی: diabetes mellitus		
تشخیص پزشک خانواده: Heart disease, unspecified		



جهت مشاهده فرم ارجاع برای دفعات بعد یا روزهایی آتی کفایت از منوی گزارش - گزارش ویزیت ها - انتخاب بیمار مورد نظر - اجرای علامت مشاهده

را اجرا نمایید. (در آینده راه استخراج گزارش فوق به صورت مجزا در سیب بارگزاری خواهد شد)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت بهداشت

سیب  
سامانه یکپارچه بهداشت

خانه ▶ ثبت نام و سرشماری ▶ ارائه خدمت ▶ ثبت وقایع ▶ آزمایش ها ▶ گزارش ها ▶ پیام ها

ارائه خدمت / روستایی شاندرمن ▶ خدمت گیرنده مبری نقره دوست ▶ فهرست خانوار مبری نقره دوست

تاریخ: 1397/04/05

نام بیمار: مبری نقره دوست

کد ملی بیمار: 5169502079

پزشک خانواده روستایی: زهرا گیلانی کلور

سن: 37 سال و 10 ماه

سن زمان خدمت: 37 سال و 9 ماه و 30 روز

محل خدمت: مرکز سلامت شاندرمن

شکایت: پیگیری پاراکلینیکی  
بیمار دیابتی میباشد. جهت کنترل BS ارجاع شد

تشخیص افتراقی

E11 : Type 2 diabetes mellitus دیابت غیروابسته به انسولین - نوع 2

مشاهده فرم پرینت ارجاع

مشاهده بازخورد نظام ارجاع

معاونت بهداشتی استان گیلان

تیر 97