

سرکار خانم / جناب آقای دکتر موسس / مسئول فنی محترم مرکز درمان سوء مصرف مواد

موضوع: اطلاعیه اصلاح اطلاعات بیماران و مراکز درمان سوء مصرف مواد در سامانه آیداتیس

با سلام و احترام

با عنایت به مبنا قرار گرفتن سامانه آیداتیس در فرایند درمان و تحویل و نظارت های دارویی مراکز درمان سوء مصرف مواد و پیرو بخشنامه شماره ۱۵۳۵ / ۴۰۰ معاونت درمان وزارت بهداشت مبنی بر اصلاح اطلاعات بیماران و مراکز درمان سوء مصرف مواد، مراتب جهت اقدام فوری به شرح ذیل ابلاغ می گردد:

- ۱- آخرین فرصت ویرایش اطلاعات پایان اردیبهشت ۹۸ می باشد.
- ۲- مسئولیت انجام صحیح موارد ذیل به عهده مسئول فنی محترم مرکز می باشد.
- ۳- با توجه به برخی خطاهای پرسنلی در ورود اطلاعات اولیه بیماران (خصوصاً ۵ رقم سمت راست کد ملی)، کلیه مراکز مکلفند فوراً مدارک هویتی بیمار (کارت ملی) را با اطلاعات وی در سامانه آیداتیس مطابقت داده و لیست کامل بیماران دارای هویت اشتباه را به همراه کد شناسایی ۱۸ رقمی به کارشناس مسئول آیداتیس اداره درمان سوء مصرف مواد تحویل نموده و پس از فعال نمودن گزینه ویرایش متقاضی توسط ایشان، مرکز با دقت تمام اطلاعات هویتی صحیح بیمار را ویرایش، ثبت و به ستاد اطلاع رسانی نماید.
- ۴- هر مرکز فقط مجاز به ثبت حداکثر ۵ درصد بیماران فعال فاقد مدارک هویتی می باشد.
- ۵- در خصوص خطاهای ثبتی صورت گرفته تا این تاریخ هیچ گونه برخورد انضباطی لحاظ نمی گردد لیکن پس از پایان مهلت مقرر، در صورت مشاهده هرگونه مغایرت اطلاعات پرونده بیمار با سامانه آیداتیس، به عنوان تخلف شناسایی و با مرکز برخورد قانونی صورت می پذیرد.
- ۶- ثبت دقیق اطلاعات دوز دریافتی داروهای آگونیسست بیماران در دامنه دوز تعیین شده در پروتکل ابلاغی درمان وابستگی به مواد افیونی با اپیوم، متادون و بوپرونورفین انجام شود.
- ۷- ثبت انفصال از درمان بیمارانی که دو ماه از آخرین مراجعه آن ها به مرکز گذشته است.
- ۸- تمامی مراکز درمان سوء مصرف مواد تحت پوشش شهر شیراز در بازه زمانی مشخص شده با در دست داشتن کپی برابر با اصل مجوزهای مرکز، حضوراً به کارشناس مسئول اداره درمان سوء مصرف مواد جهت کنترل و اصلاح اطلاعات کلی مرکز مراجعه فرمایند.
- ۹- مراکز شهرستانی به واحد نظارت بر درمان شبکه بهداشت شهرستان مراجعه و کپی برابر با اصل مجوزهای مرکز و لیست مهر و امضا شده ی بیماران نیاز به ویرایش را طی نامه ای به ایشان جهت ارسال در اسرع وقت به اداره درمان اعتیاد دانشگاه، تحویل نمایند.



- ۱۰- کلیه مراکز اطلاعات خواسته شده در جدول پیوست را به دقت تکمیل، مهر و امضا و تحویل فرمایند.
 ۱۱- در روز مراجعه به همراه داشتن لیست بیماران نیاز به ویرایش الزامی می باشد.

***حرف اول اسم مرکز بدون در نظر گرفتن پیشوند (مثال: مرکز درمان سوء مصرف مواد دکتر حسینی = ح)

ردیف	نام مرکز	تاریخ مراجعه	جمع ساعات مرا
۱	ب - الف	۱۴ و ۱۵ / ۲ / ۹۸	۱۴ لغایت ۹
۲	ژ - پ	۱۶ و ۱۷ / ۲ / ۹۸	۱۴ لغایت ۹
۳	غ - س	۱۸ / ۲ / ۹۸	۱۴ لغایت ۹
۴	ی - ف	۲۱ و ۲۲ / ۲ / ۹۸	۱۴ لغایت ۹

رونوشت:

- رئیس محترم شبکه بهداشت و درمان جهت اطلاع رسانی به مراکز درمان اعتیاد، دریافت اسناد مذکور از مراکز و ارسال از طریق اتوماسیون به اداره درمان سوء مصرف مواد
- معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جهت دستور به اقدام مقتضی (DIC)
- مدیر کل محترم بهزیستی فارس جهت دستور به اقدام مقتضی (مرکز ماده ۱۶ و ...)
- انجمن محترم صنف درمانگران اعتیاد جهت اطلاع رسانی با قید فوریت

دکتر رامین افشاری
جانشین تام الاختیار ریاست دانشگاه در امور
اعتیاد و رئیس دفتر اعتیاد دانشگاه



باسمه تعالی

شماره:
تاریخ:
پیوست: برگ صفحه

زهرا روستایی - کارشناس روانپزشکی و درمان اعتیاد