

واحد مدارک پزشکی

مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس است.
- ۱-۲. در واحد مدارک پزشکی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
- ۱-۳. تمام کارکنان واحد مدارک پزشکی، از رسالت بیمارستان و نقش این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه
استراتژیک

- ۲-۱. مسئول واحد مدارک پزشکی به ترتیب ارجحیت واجد شرایط ذیل است:
 - دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدارک پزشکی و ۱ سال سابقه کار در واحد مدارک پزشکی و گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی، بهبود کیفیت و عملکرد و دوره‌های فناوری اطلاعات
 - دارا بودن مدرک کارشناسی مدارک پزشکی و گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی، بهبود کیفیت و عملکرد و دوره‌های فناوری اطلاعات

۲. مسئول
واحد

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۳-۱. پرونده پرسنلی (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان واحد مدارک پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول واحد است:
 - نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
 - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
 - چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
 - کپی آخرین مدرک تحصیلی
 - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
 - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
 - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
 - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۳. پرونده
پرسنلی
(کاغذی /
الکترونیک)

۴-۱. در واحد مدارک پزشکی، لیستی از تمامی کارکنان شامل موارد ذیل در تمامی ساعات شبانه‌روز در دسترس است.

۴. لیست
کارکنان

- نام و نام خانوادگی
- تلفن تماس و آدرس (شامل تلفن و آدرس خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با فرد تماس گرفت).
- سمت سازمانی

۴-۲. یک جدول مکتوب از اسامی و سمت افراد جهت برنامه نوبت کاری ماهانه واحد مدارک پزشکی وجود دارد.

- ۴-۳. مستندات نشان می‌دهند که تعداد و چینش نیروی انسانی، متناسب با حجم کار است.
- ۴-۴. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده است.

۵-۱. در بخش مدارک پزشکی، یک کتابچه / مجموعه توجیهی برای آشناسازی پرسنل جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل است:

۵. دوره
توجیهی
بدو ورود

- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)
- معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این واحد و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
- زیرمجموعه‌ای که اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این واحد را دربر می‌گیرد.

۶-۱. مستندات نشان می‌دهند که آزمون اولیه / دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

۶. آزمون
صلاحیت و
توانمندی
کارکنان

۶-۲. مستندات نشان می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمام کارکنان برگزار می‌شوند.

۶-۳. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی‌شده در آزمون توانمندی دوره‌ای کارکنان انجام می‌گیرد.

۶-۴. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۷-۱. واحد مدارک پزشکی، یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۷. آموزش و
توانمندسازی
کارکنان

- ۲-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۳-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند کلیه کارکنان این واحد در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.
- ۴-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۵-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود به‌طور مستمر آموزش می‌بینند موجود است.
- ۶-۷. مستنداتی که نشان می‌دهند تمام کارکنان این واحد در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند موجود است.
- ۷-۷. تمام کارکنان این واحد حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی انجام می‌دهند.

۱-۸. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این واحد موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
 - اطلاعات اختصاصی برای این واحد، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۸. اطلاع‌رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این واحد، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده و واحد، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱-۹. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در واحد مدارک پزشکی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و عملیاتی این واحد را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۲-۹. خط‌مشی‌ها و روش‌های واحد مدارک پزشکی، حداقل شامل موارد ذیل است:

- محافظت و امنیت، سیستم‌های ذخیره و بازیابی اطلاعات
- شرایط و معیارهای دسترسی به مدارک پزشکی
- حفظ حریم خصوصی و اسرار بیماران
- بایگانی پرونده‌ها و امحای آنها پس از یک دوره زمانی تعیین شده
- فواصل و دفعات تهیه نسخه پشتیبان از داده‌ها
- مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار (مثلاً تفکیک از طریق رنگ برگه‌ها)

۸. کتابچه /

مجموعه ایمنی

و سلامت

شغلی و

بهداشت محیط

۹. خط‌مشی‌ها

و روش‌ها

- انواع دستورات تلفنی یا شفاهی که باید تأیید شود و چارچوب زمانی تأیید آنها
- تعیین صلاحیت فردی که در پرونده پزشکی بیمار نوشته‌ای ثبت می‌نماید
- ارسال پرونده در زمان انتقال بیمار به واحد یا بیمارستان دیگر
- برگه دستورات پزشک
- چک‌لیست ممیزی کلیه اوراق پرونده در زمان ترخیص
- کنترل و رفع نقص در چارچوب زمانی مشخص شده توسط کمیته مدارک پزشکی بیمارستان
- فایل‌ها و پرونده‌های پزشکی ناقص
- ختم پرونده پزشکی ناقص
- مدیریت و طراحی سایر فرم‌های بیمارستانی مورد نیاز (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده) طبق مصوبات کمیته مدارک پزشکی بیمارستان
- پیگیری و احیای اطلاعات پرونده‌های مفقودشده و آسیب‌دیده
- فهرست اصلی بیماران
- سیستم بایگانی متناسب با نیاز واحد مدارک پزشکی (از جمله حجم بایگانی، تعداد پذیرش، ترخیص و درخواست پرونده)
- پذیرش مجدد بیمار با استفاده از پرونده قبلی
- کنترل خروج پرونده از واحد مدارک پزشکی
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به‌ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر)

- ۱-۱۰. بیمارستان برای هر بیمار ارزیابی یا درمان‌شده (اورژانسی، سرپایی، بستری) یک پرونده مخصوص به خود تشکیل می‌دهد.
- ۲-۱۰. هر بیمار یک شماره پرونده اختصاصی دارد.
- ۳-۱۰. شماره پرونده و نام و نام خانوادگی هر بیمار در فهرست اصلی بیماران موجود بوده و به سرعت قابل بازیابی است.
- ۴-۱۰. واحد پذیرش بیمارستان، قسمت مربوطه را به‌طور کامل پر می‌کند.
- ۵-۱۰. از داده‌های موجود در رایانه، در فواصل زمانی منظم نسخه‌های پشتیبان تهیه می‌شود.

۱۰. تشکیل پرونده

- ۱-۱۱. پرونده پزشکی در یک پوشه مناسب و ایمن نگهداری می‌شود.
- ۲-۱۱. محتوای همه پرونده‌های پزشکی به روشی از پیش تعیین شده، ذخیره می‌گردد.
- ۳-۱۱. مشخصات بیمار روی تمامی برگه‌های پرونده پزشکی در محلی مشابه (ترجیحاً در گوشه بالا و سمت راست هر صفحه)، ثبت شده است.
- ۴-۱۱. مشخصات بیمار به شکل تایپ‌شده، مهرشده یا روی یک برچسب کامپیوتری در تمام صفحات پرونده پزشکی درج شده است.

۱۱. مشخصات پرونده بیمار

- ۱-۱۲. فرم شرح حال بیمار در پرونده وی موجود است و حداقل موارد ذیل در آن ثبت شده‌اند:

- مشخصات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی) بیمار
- جزئیات بیماری و شکایت فعلی

۱۲. برگ شرح حال

- تاریخچه شکایت فعلی
 - تاریخچه‌ای از وضعیت سلامت و بیماری در گذشته
 - سوابق مربوط به پرونده یا پذیرش قبلی در این بیمارستان و سوابق جراحی
 - وضعیت حساسیت بیمار
 - داروهایی که مصرف می‌کند
 - حساسیت و ناسازگاری دارویی
 - نتایج معاینات بالینی
 - تشخیص‌های افتراقی
 - برنامه درمانی
 - تاریخچه روانی - اجتماعی بیمار شامل واکنش‌های احساسی - هیجانی، رفتاری و وضعیت اجتماعی
 - تاریخچه فامیلی
- ۱۲-۲. حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال و معاینه فیزیکی، برای تمام کارکنان پزشکی و پیراپزشکی، تعیین گردیده که می‌تواند بنا به نیازهای بیمار و وضعیت وی، متفاوت باشد، اما در موارد ذیل تعیین حداقل‌ها الزامی است:
- بستری جهت انجام عمل جراحی
 - جراحی‌های سرپایی و سایر اقدامات تهاجمی که نیاز به بستری شدن ندارند
 - گزارش ارزیابی‌های قبل و پس از عمل جراحی
 - بیماران بخش اورژانس
 - پذیرش روانپزشکی
 - پذیرش مامایی
 - پذیرش چشم‌پزشکی
- ۱۲-۳. فرم تریاژ
- ۱۲-۴. بستری کوتاه‌مدت (کمتر از ۲۴ ساعت)
- ۱۲-۵. ویزیت بیماران سرپایی (درمانگاه‌ها)
- پرونده‌های سرپایی از نظر دسترسی و سایر مقررات مربوط با پرونده‌های بستری انطباق دارند.
 - پرونده‌های سرپایی از نظر درج مشخصات بیماران، برگه رضایت بیمار، شرح حال، شرح اقدامات پزشکی و پرستاری، آزمایش‌ها و نتایج تصویربرداری ثبت نتیجه نهایی تکمیل است.
- ۱۲-۶. گزارش‌های سیر بیماری

- ۱۳-۱. در ثبت گزارش‌ها در پرونده بیماران، موارد ذیل رعایت می‌گردد:
- تمام مستندات خوانا هستند.
 - تمام دستورات شفاهی توسط افراد با صلاحیت (با ذکر نام دریافت‌کننده و دستوردهنده) با ذکر تاریخ و ساعت طبق قوانین و مقررات پزشکی ثبت و تأیید می‌گردد.
 - تمام اطلاعات ثبت‌شده در پرونده مهر و امضا دارند.
 - تمام گزارش‌ها تاریخ و ساعت دارند.

**۱۳. اصول
مستندسازی
پرونده بیمار**

- در تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده، نام و نام خانوادگی و سمت ثبت کننده موجود است.
 - ثبت اطلاعات در فرم‌های شرح حال، شرح عمل و مشاوره بلافاصله انجام می‌گیرد.
 - تمام فرم‌های پرونده اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود تکمیل شده است.
 - یک زبان واحد (به عنوان مثال فارسی یا انگلیسی) جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی در کل بیمارستان مشخص شده است.
 - گزارش‌های روزانه توسط پزشک معالج، ثبت شده‌اند.
 - ۱۳-۲. حداقل یک گزارش پرستاری در هر شیفت روزانه که توسط کارشناس پرستاری نوشته شده است وجود دارد.
 - ۱۳-۳. اطلاعات و نتایج تمامی بررسی‌ها و مراقبت‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، به ترتیب زمانی در پرونده پزشکی بیماران درج می‌گردند.
 - ۱۳-۴. گزارش‌های پیشرفت بیماری، متناسب با وخامت وضعیت بیمار، تنظیم می‌شوند (از جهت فواصل و حجم گزارش‌ها)
 - ۱۳-۵. تمام تشخیص‌های احتمالی مطرح شده در سیر بیماری، در پرونده بیمار ثبت شده‌اند.
 - ۱۳-۶. مستندات ارائه آموزش به بیمار یا همراه وی، در ارتباط با آزمون‌های تشخیصی، درمان‌ها، داروها و استفاده از هرگونه وسیله پزشکی، در پرونده وی ثبت شده و به امضای بیمار یا همراه وی رسیده است.
 - ۱۳-۷. برگه‌های رضایت بیمار تکمیل شده‌اند و حاوی امضای بیمار و پزشک معالج هستند.
 - ۱۳-۸. اطلاعات سربرگ اوراق شامل: نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج، هستند.
 - ۱۳-۹. اطلاعات پرونده بیمار موارد ذیل را نشان می‌دهد:
 - مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت)، شغل بیمار و تاریخ تولد
 - یکپارچگی و تداوم مراقبت درمانی
 - تأیید تشخیص
 - اندیکاسیون درمان
 - مستندات سیر بیماری و نتایج درمان
- تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۴. خلاصه پرونده

- ۱۴-۱. یک برگه خلاصه پرونده موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
 - تاریخ پذیرش
 - تاریخ ترخیص
 - خلاصه‌ای از شرح حال و معاینات بالینی
 - نتایج آزمایش‌ها و تصاویر رادیولوژی
 - نتایج آزمایش‌ها و تصاویر رادیولوژی که به ترخیص بیمار منجر شده‌اند
 - درمان‌ها، اقدامات درمانی، اسکوپ‌ها و جراحی‌های انجام شده و نتایج آنها
 - خلاصه‌ای از وضعیت بیمار در طول مدت بستری در بیمارستان

- عوارض احتمالی که بیمار به آنها دچار شده است
 - توضیح جابه‌جایی بیمار در بخش‌ها
 - وضعیت بیمار در زمان ترخیص
 - نحوه پیگیری بیمار
 - دستورالعمل‌ها و داروهای بیمار در زمان ترخیص و آموزش‌ها و توضیحات ارائه‌شده به وی و همراهان.
 - تشخیص اولیه
 - تشخیص ثانویه
 - تشخیص نهایی
 - تشخیص بیماری براساس سیستم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (آخرین ویرایش ICD)
 - امضای پزشک معالج
- ۱۴-۲. تمام موارد فوق حداکثر ظرف ۱۴ روز پس از ترخیص، کامل می‌شوند.

۱۵-۱. بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است که موارد ذیل در آن رعایت می‌شوند:

۱۵. بازبینی پرونده

- مشارکت نمایندگان همه تخصص‌های مختلف که در پرونده پزشکی، اطلاعاتی وارد کرده‌اند.
- بازبینی از جهت خوانا بودن مندرجات و کامل بودن محتوای پرونده
- مستندات مربوط به سیر ارزیابی، مراقبت و درمان بیمار و نتایج و گزارش‌های مربوط به آزمایشات، تصویربرداری‌ها و... با رعایت توالی زمانی، در پرونده بیمار ثبت و نگهداری می‌شوند.
- بازخورد نتایج حاصل از بازبینی پرونده‌ها به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار هستند.

۱۶-۱. بیمارستان برای بازبینی پرونده بیمار دارای یک فرآیند مشخص است که موارد ذیل در آن رعایت می‌شوند:

۱۶. بایگانی

- بایگانی مناسب برای نگهداری مدارک پزشکی در کوتاه‌مدت (فعال) و درازمدت (راکد)، موجود است.
- محل نگهداری پرونده‌ها خشک، دارای تهویه و نور مناسب و عاری از جانوران موزی است.
- بازبایی مدارک پزشکی در کمتر از یک ساعت امکان‌پذیر است.
- سیستم به نحوی طراحی شده است که پرونده یا محتویات داخل آن هر زمان که برداشته یا خارج می‌شوند، قابل بازبایی هستند.
- مدارک پزشکی در تمام ۲۴ ساعت توسط پرسنل آموزش‌دیده قابل بازبایی هستند.
- یک کپی از برگه ترخیص در بایگانی نگهداری می‌گردد.
- در زمان انتقال بیمار، اصل گزارش در پرونده بیمار در بیمارستان بایگانی می‌گردد و رونوشتی از خلاصه گزارش انتقال جهت ارائه به بیمارستان مقصد به همراه بیمار انتقال می‌باید.
- ۱۶-۲. از داده‌های موجود در رایانه، در فواصل زمانی منظم نسخه‌های پشتیبان تهیه می‌شود.
- ۱۶-۳. بیمارستان دارای سیستم کدگذاری رنگی (Color Coding) است.
- ۱۶-۴. امکانات اعلام آتش‌سوزی و آتش‌نشانی، موجود است.

- ۱۷-۱. کدگذاری پرونده براساس آخرین ویرایش ICD در واحد مدارک پزشکی (طبق دستورالعمل کشوری) انجام می‌شود.
- ۱۷-۲. کدگذاری همهٔ تشخیص‌ها و اقدامات درمانی (علل خارجی حوادث و مسمومیت‌ها و علت زمینه‌ای مرگ)، صورت می‌پذیرد.
- ۱۷-۳. ثبت و گزارش تمام اطلاعات کدگذاری شده تشخیصی و اقدامات درمانی انجام می‌شود.
- ۱۷-۴. برای انجام تحقیقات، از اطلاعات کدگذاری شده استفاده می‌شود.
- ۱۷-۵. از منابع علمی و کتب مرتبط در واحد مدارک پزشکی استفاده می‌شود.

۱۷. کدگذاری
و طبقه‌بندی
بیماری‌ها و
اقدامات درمانی

بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۸-۱. بخشی از برنامهٔ بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این واحد می‌باشد در دسترس است.
- ۱۸-۲. برنامهٔ بهبود کیفیت این واحد هماهنگ با برنامهٔ بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۱۸-۳. برنامهٔ بهبود کیفیت این واحد شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۱۸-۴. برنامهٔ بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۱۸-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۱۸. بهبود
کیفیت

- ۱۹-۱. داده‌های واحد مدارک پزشکی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۱۹-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۱۹-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی واحد وجود دارد.
- ۱۹-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۱۹-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامهٔ مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۱۹-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۱۹. جمع‌آوری
و تحلیل
داده‌ها