

## فهرست

| صفحه    | عنوان                                               |
|---------|-----------------------------------------------------|
| ۳.....  | استانداردهای حاکمیتی                                |
| ۲۸..... | استانداردهای اجرایی                                 |
| ۴۰..... | رییس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان |
| ۴۳..... | مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان  |
| ۴۴..... | مدیریت فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی                   |
| ۵۴..... | مدیریت خطر                                          |
| ۶۲..... | مدیریت بحران و بلایا                                |
| ۶۹..... | خطاها و حوادث ناخواسته                              |
| ۷۸..... | کتابچه خط مشی و روش                                 |

| صفحه     | عنوان                      |
|----------|----------------------------|
| ۸۶.....  | مدیریت مالی                |
| ۹۱.....  | استفاده از فن‌آوری اطلاعات |
| ۹۴.....  | بودجه‌بندی                 |
| ۹۹.....  | درآمد                      |
| ۱۰۵..... | هزینه                      |
| ۱۰۹..... | حسابداری و حسابداری        |

## هدایت یکپارچه سازمانی (بالینی و غیربالینی)

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| ۱۱۵..... | برنامه استراتژیک                |
| ۱۱۷..... | پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) |

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| لیست کارکنان .....                                   | ۱۱۹ |
| دوره توجیهی بدو ورود .....                           | ۱۲۴ |
| آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان .....                | ۱۲۶ |
| آموزش و توانمندسازی کارکنان .....                    | ۱۵۲ |
| کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط ..... | ۱۶۴ |

#### هدایت یکپارچه سازمانی(بالینی)

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| خط مشی ها و روش ها.....                | ۱۶۷ |
| پرونده بیمار .....                     | ۱۸۳ |
| دستورات دارویی .....                   | ۱۸۹ |
| آموزش بیمار و همراهان .....            | ۱۹۸ |
| خدمات پشتیبانی بخش های پاراکلینیک..... | ۲۰۴ |
| ترالی اورژانس.....                     | ۲۰۹ |

|                  |     |
|------------------|-----|
| ایمنی بیمار..... | ۲۱۴ |
| منابع .....      | ۲۴۵ |

## واحد مدیریت و رهبری

### ۱) استانداردهای حاکمیتی<sup>[۱]</sup>

۱-۱) شرح وظایف تیم حاکمیتی، حداقل شامل موارد ذیل است:

#### ۱-۱-۱) تعیین سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان\* بیمارستان به صورت شفاف و واضح

سنجه. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی بیمارستان سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان\* بیمارستان را تعیین نموده‌اند که در قسمت مشخصی از کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                  | امتیاز                                                            |   |                                                          |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                         |    |         |    |                                                                                                         | ۰                                                                 | ۱ | ۲ غ.ق.***                                                |
|               | الف | کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها                                                               | ه  |         | ی  | اعضای تیم حاکمیتی که بنا به اظهار مسئولین بیمارستان در تعیین خط‌مشی‌ها و روش‌های مذکور مشارکت داشته‌اند | شرایط مندرج در بند «ب» رعایت نشده است                             |   | شرایط مندرج در بند «ب» رعایت شده است                     |
|               | ب   | موجود بودن خط‌مشی‌ها و روش‌های کلان بیمارستان در قسمت مشخصی از کتابچه مربوطه و فهرست آن | و  |         | ک  | در خصوص نکات کلیدی خط‌مشی‌ها و روش‌های مذکور***                                                         | یا حتی یکی از مصاحبه شونده‌گان، از نکات کلیدی مذکور بی‌اطلاع باشد |   | و تمامی مصاحبه شونده‌گان، از نکات کلیدی مذکور مطلع باشند |
|               | ج   | دراین واحد                                                                              | ز  |         | ل  |                                                                                                         |                                                                   |   |                                                          |
|               | د   |                                                                                         | ح  |         | م  |                                                                                                         |                                                                   |   |                                                          |
|               |     |                                                                                         | ط  |         |    |                                                                                                         |                                                                   |   |                                                          |

\* تذکر: منظور از سیاست‌ها و خط‌مشی‌های کلان بیمارستان، سیاست‌های عمومی و کلی است که لازم است موضع مدیریت ارشد نسبت به آن‌ها روشن باشد. به عنوان مثال این‌که بیمارستان از نیروهای قراردادی استفاده می‌نماید یا خیر. یا این‌که سیاست بیمارستان در خصوص پذیرش همراه برای بیماران و خدمات رفاهی قابل ارائه به آنان چیست.

\*\*\* به عنوان مثال در مورد سیاست‌های عمومی فوق، سوال شود که سیاست این بیمارستان در خصوص به کارگیری نیروهای قراردادی چیست؟

\*\*\* غیرقابل ارزیابی

۱ در صورتی‌که تیم مدیریت ارشد بیمارستان دارای دو بخش مجزای حاکمیتی و اجرایی باشد، این استانداردها مربوط به بخش حاکمیتی (هیئت امنا، شورای راهبری، مجمع یا هر گروه متناظر آن در بیمارستان)، خواهد بود. در صورتی‌که بیمارستان فاقد بخش حاکمیتی مجزا باشد، مسئولیت اجرای این استانداردها در مواردی که مغایرت قانونی وجود نداشته باشد، بر عهده رییس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان خواهد بود.

## ۱-۲) بررسی برنامه‌ها و پیشنهادهای ارائه شده از سوی تیم مدیریت اجرایی بیمارستان و تصویب موارد مورد قبول

سنجه. مستندات نشان می‌دهند برنامه‌ها و پیشنهادهای ارائه شده از سوی تیم مدیریت اجرایی بیمارستان توسط تیم حاکمیتی مورد بررسی قرار گرفته و موارد مورد قبول به تصویب آنان رسیده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                              | امتیاز                                              |   |                                               |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------|
|               |     |                                                                                    |    |         |    |                                                     | ۰                                                   | ۱ | ۲                                             |
|               | الف | صورت‌جلسات بررسی برنامه‌ها و پیشنهادهای تیم مدیریت اجرایی و تصویب موارد مورد قبول* | ه  |         | ی  | اعضای تیم حاکمیتی تصویب کننده با توجه به صورت‌جلسات | صورت‌جلسات موجود نیستند                             |   | صورت‌جلسات موجودند                            |
|               | ب   |                                                                                    | و  |         | ک  | در خصوص این‌که کدام پیشنهادهای مصوب و کدام رد شدند  | یا حتی یکی از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص مطلع نباشد |   | و تمامی مصاحبه‌شوندگان در این خصوص مطلع هستند |
|               | ج   | در این واحد                                                                        | ز  |         | ل  |                                                     |                                                     |   |                                               |
|               | د   |                                                                                    | ح  |         | م  |                                                     |                                                     |   |                                               |
|               |     |                                                                                    | ط  |         |    |                                                     |                                                     |   |                                               |

\*تذکر: در صورتی‌که بیمارستان تیم حاکمیتی مجزا ندارد و رییس بیمارستان مسئول انجام وظایف مربوطه است، تصویب برنامه‌ها در تیم مدیریت اجرایی کافی است و با ارائه صورت‌جلسات مذکور، امتیازاین سنجه و سنجه‌های مشابه داده می‌شود.

۱-۳) کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاست گذار

سنجه ۱. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                           | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                   |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد ۱-۳-۱ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                            | ک  |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                           | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                   |    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عملکرد بیمارستان براساس خط مشی و روش مذکور در فواصل زمانی منظم به تیم حاکمیتی ارائه می‌گردد و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                                | امتیاز                                                              |                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                 |
|------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |     |                                                                                |    |         |    |                                                                                                                                                                                       | ۰                                                                   | ۱                                                                                                                            | ۲                                                                                                              | غ.ق.ا                                                                                           |
| ۲          | الف | صورت‌جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه خط مشی و روش مذکور            | ه  |         | ی  | شرکت‌کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت‌جلسات                                                                                                                                       | صورت‌جلسات موجود نباشند<br>یا<br>پاسخ ۱-۰ نفر موید* صورت‌جلسات باشد | صورت‌جلسات موجود باشند                                                                                                       | صورت‌جلسات موجود باشند                                                                                         | در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد<br>و<br>پاسخ ۳ نفر موید صورت‌جلسات باشد |
|            | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه | و  |         | ک  | گزارش ارائه شده درخصوص انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاستگذار (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه دراین خصوص چه بودند؟ |                                                                     | اما در فواصل منظم نباشند یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد یا پاسخ ۲ نفر موید صورت‌جلسات باشد | در فواصل منظم باشد و در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد و پاسخ ۳ نفر موید صورت‌جلسات باشد |                                                                                                 |
|            | ج   | دراین واحد                                                                     | ز  |         | ل  | حضور یا تلفنی                                                                                                                                                                         |                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                 |
|            | د   |                                                                                | ح  |         | م  | ۳ نفر                                                                                                                                                                                 |                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                 |
|            |     |                                                                                | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                       |                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                 |
|            |     |                                                                                |    |         |    |                                                                                                                                                                                       |                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                 |

\*تذکر: لازم نیست پاسخ افراد دقیقاً مطابق صورت‌جلسه باشد و کافی است که از کلیات موضوعات مطرح شده و مصوبات جلسه مطلع باشند.

۱-۱-۴) کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین نامه‌های داخلی سازمان

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین نامه‌های داخلی سازمان مدون شده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسیده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                             |   |                                                                                 |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                    |    |         |    |        | ۰                                                                                  | ۱ | ۲                                                                               |
| ۱             | الف | مستندات مربوط به مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین نامه‌های داخلی سازمان و صورت‌جلسات ارائه موارد مندرج در استاندارد به تیم حاکمیتی | ه  |         | ی  |        | مستندات مذکور موجود نیست<br>یا<br>صورت‌جلسات ارائه آن‌ها به تیم حاکمیتی موجود نیست |   | مستندات مذکور موجود است<br>و<br>صورت‌جلسات ارائه آن‌ها به تیم حاکمیتی موجود است |
|               | ب   |                                                                                                                                    | و  |         | ک  |        |                                                                                    |   |                                                                                 |
|               | ج   | در این واحد                                                                                                                        | ز  |         | ل  |        |                                                                                    |   |                                                                                 |
|               | د   |                                                                                                                                    | ح  |         | م  |        |                                                                                    |   |                                                                                 |
|               |     |                                                                                                                                    | ط  |         |    |        |                                                                                    |   |                                                                                 |

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان مدون شده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسیده و بیمارستان خط مشی و روش خود را جهت اطمینان از انطباق عملکرد با موارد مذکور با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین نموده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                        | کد | مشاهدات                                                                                                           | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                                                                                                |    |                                                                                                                   |    |                                       | ۰                                                                                                                                  | ۱                                                                                                                                                                                                  | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                        | غ.ق.۱ |
| ۲          | الف | مستندات مربوط به تدوین مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های داخلی سازمان و صورت‌جلسات ارائه موارد مندرج در استاندارد به تیم حاکمیتی و خط مشی و روش مربوطه | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                          | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                     | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۲ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها                                                              | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                            | ک  |                                       | یا ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|            | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                                   | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                           | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|            | د   |                                                                                                                                                                | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|            |     |                                                                                                                                                                | ط  |                                                                                                                   |    |                                       |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عملکرد بیمارستان براساس خط مشی و روش مذکور در فواصل زمانی منظم به تیم حاکمیتی ارائه می‌گردد و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                                | امتیاز                                                             |                                                               |                                                         |
|------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|            |     |                                                                                   |    |         |    |                                                                                                                                                                                       | ۰                                                                  | ۱                                                             | ۲ غ.ق.ا                                                 |
| ۳          | الف | صورت‌جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه خط مشی و روش مذکور               | ه  |         | ی  | شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت‌جلسات                                                                                                                                       | صورت‌جلسات موجود نباشند<br>یا<br>پاسخ ۱-۰ نفر موید صورت‌جلسات باشد | صورت‌جلسات موجود باشند                                        | صورت‌جلسات موجود باشند                                  |
|            | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم و<br>با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه | و  |         | ک  | گزارش ارائه شده درخصوص انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه‌ها و آیین نامه‌های داخلی سازمان (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه دراین خصوص چه بودند؟ |                                                                    | در فواصل منظم نباشند                                          | و در فواصل منظم باشد                                    |
|            | ج   | در این واحد                                                                       | ز  |         | ل  | حضور ی یا تلفنی                                                                                                                                                                       |                                                                    | حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد | در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد |
|            | د   |                                                                                   | ح  |         | م  | ۳ نفر                                                                                                                                                                                 |                                                                    | یا                                                            | و                                                       |
|            |     |                                                                                   | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                       |                                                                    | پاسخ ۲ نفر موید صورت‌جلسات باشد                               | پاسخ ۳ نفر موید صورت‌جلسات باشد                         |
|            |     |                                                                                   |    |         |    |                                                                                                                                                                                       |                                                                    |                                                               |                                                         |

۵-۱-۱) کسب اطمینان از تامین و تخصیص مناسب منابع جهت انجام برنامه‌های مصوب

سنجه ۱. خط مشی و روش اطمینان از تصویب برنامه‌ها و تخصیص بودجه به آن‌ها با توجه به اولویت ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                  | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                          |    |                                                                                                                                    |    |                                       | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|               |     |                                                                                                                          |    |                                                                                                                                    |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۱             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                      | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۵-۱-۱<br>مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ک  |                                       | یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                                                                                                     | یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                             | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                          | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                                                                                                                                                       | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                                  |
|               | د   |                                                                                                                          | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                               | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                                                                                                                                                       | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                                  |
|               |     |                                                                                                                          | ط  |                                                                                                                                    |    |                                       | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                                                                                                                                                       | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                                  |
|               |     |                                                                                                                          |    |                                                                                                                                    |    |                                       | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                                                                                                                                                       | یا<br>مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                                  |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش عملکرد بیمارستان براساس خط مشی و روش مذکور در فواصل زمانی منظم به تیم حاکمیتی ارائه می‌گردد و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                     | امتیاز                                                             |                                                                                                          |                                                                    |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                   |    |         |    |                                                                                                                                            | ۰                                                                  | ۱                                                                                                        | ۲                                                                  | غ.ق.ا |
| ۲             | الف | صورت‌جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه خط مشی و روش مذکور               | ه  |         | ی  | شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت‌جلسات                                                                                            | صورت‌جلسات موجود نباشند<br>یا<br>پاسخ ۱-۰ نفر موید صورت‌جلسات باشد | صورت‌جلسات موجود باشند                                                                                   | صورت‌جلسات موجود باشند                                             |       |
|               | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم و<br>با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه | و  |         | ک  | گزارش ارائه شده درخصوص تصویب برنامه‌ها و تخصیص بودجه به آن‌ها (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه دراین خصوص چه بودند؟ |                                                                    | اما<br>در فواصل منظم نباشند<br>یا<br>حتی در یکی از مصوبات،<br>مسئول پیگیری و زمان<br>اجرا مشخص نشده باشد | و<br>در تمامی مصوبات،<br>مسئول پیگیری و زمان<br>اجرا مشخص شده باشد |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                        | ز  |         | ل  | حضور یا تلفنی                                                                                                                              |                                                                    | یا                                                                                                       | و                                                                  |       |
|               | د   |                                                                                   | ح  |         | م  | ۳ نفر                                                                                                                                      |                                                                    | پاسخ ۲ نفر موید<br>صورت‌جلسات باشد                                                                       | پاسخ ۳ نفر موید<br>صورت‌جلسات باشد                                 |       |
|               |     |                                                                                   | ط  |         |    |                                                                                                                                            |                                                                    |                                                                                                          |                                                                    |       |

۱-۶) کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه ریزی شده در جهت پیشگیری و ارتقای سلامت در چهارحیطه گیرندگان خدمت، کارکنان، محیط بیمارستان و جمعیت تحت پوشش از طریق مشارکت با مسئولان ارشد جامعه\*

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطه گیرندگان خدمت، تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده است و تیم حاکمیتی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه مذکور را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                    | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                              |                                                                                                                      |                                                                                                                      |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                            |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                   | ۱                                                                                                                    | ۲                                                                                                                    | غ.ق.ا |
| ۱             | الف | برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه گیرندگان خدمت و صورت‌جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی و فرم‌های پیگیری تکمیل شده براساس صورت‌جلسات | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | مستندات بند «الف» موجود نباشند یا فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود | مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد و فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود | مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد و فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود |       |
|               | ب   | در حیطه‌ی مندرج در سنجه و واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت‌جلسات                                                              | و  | در قسمت‌های مرتبط                                        | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط | براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته‌است        | مشخصات بند «ب» را ندارد اما مشخصات بند «ب» را دارد                                                                   | نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                             |       |
|               | ج   | دراین بیمارستان                                                                                                                            | ز  | ۱۰ مورد در حیطه‌های مختلف                                | ل  | در قسمت‌های مرتبط                                                               | برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد                                                |                                                                                                                      | نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                            |       |
|               | د   |                                                                                                                                            | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۱۰ نفر در رابطه با حیطه‌ی مذکور                                                 |                                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                                      |       |
|               |     |                                                                                                                                            | ط  |                                                          |    | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     |                                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                                      |       |

\*تذکر: جهت کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه می‌توان از مقالات و چک لیست‌های مربوط به بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت (Health Promoting Hospitals) در سایت سازمان بهداشت جهانی استفاده نمود.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطه کارکنان، تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده است و تیم حاکمیتی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه مذکور را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                              | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                      |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                                                                                                                | ۱                                                                                                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                                                                                                  | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه کارکنان و صورت جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی و فرم های پیگیری تکمیل شده براساس صورت جلسات | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | مستندات بند «الف» موجود نباشند<br>یا<br>فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی شود<br>یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه ها، ۲۰-۰٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است. | مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد و فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>اما<br>مشخصات بند «ب» را ندارد یا<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است | مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد و فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است |       |
|               | ب   | در حیطه ی مندرج در سنجه و واجد حداقل های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات                                                        | و  | در قسمت های مرتبط                                        | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط | یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه ها، ۲۰-۰٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است.                                                                                              | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>اما<br>مشخصات بند «ب» را ندارد یا<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                                                       | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                                                       |       |
|               | ج   | دراین بیمارستان                                                                                                                      | ز  | ۱۰ مورد در حیطه های مختلف                                | ل  | در قسمت های مرتبط                                                               | یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است.                                                                                             | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>اما<br>مشخصات بند «ب» را ندارد یا<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                                                       | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                                                       |       |
|               | د   |                                                                                                                                      | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۱۰ نفر در رابطه با حیطه ی مذکور                                                 | یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است.                                                                                             | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>اما<br>مشخصات بند «ب» را ندارد یا<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                                                       | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است                                                                       |       |
|               |     |                                                                                                                                      | ط  |                                                          |    | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                    |       |

سنجه ۳. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطه محیط بیمارستان، تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده‌است و تیم حاکمیتی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه مذکور را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                     | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                              |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                             |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                   | ۱                                                                                                                                                | ۲                                                                                                                                                                                                                          | غ.ق.ا |
| ۳             | الف | برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه محیط بیمارستان و صورت جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی و فرم‌های پیگیری تکمیل شده براساس صورت جلسات | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | مستندات بند «الف» موجود نباشند یا فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود | مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد و فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود اما مشخصات بند «ب» را ندارد | مستندات بند «الف» موجود باشند و برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد و فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود و مشخصات بند «ب» را دارد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. |       |
|               | ب   | در حیطه‌ی مندرج در سنجه و واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات                                                               | و  | در قسمت‌های مرتبط                                        | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط | یا براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است.    | نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است.                                                                        |                                                                                                                                                                                                                            |       |
|               | ج   | در این بیمارستان                                                                                                                            | ز  | ۱۰ مورد در حیطه‌های مختلف                                | ل  | در قسمت‌های مرتبط                                                               | یا برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد                                             |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |       |
|               | د   |                                                                                                                                             | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۱۰ نفر در رابطه با حیطه‌ی مذکور                                                 |                                                                                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                             | ط  |                                                          |    | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     |                                                                                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                             |    |                                                          |    |                                                                                 |                                                                                     |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                            |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۴. مستندات نشان می‌دهند بیمارستان، برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت خود را در حیطه جمعیت (از طریق مشارکت با مسئولان ارشد جامعه) تحت پوشش، تدوین نموده و به اطلاع تیم حاکمیتی رسانده است و تیم حاکمیتی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه مذکور را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                     | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                                   |                                                                                  |                                                                               |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                             |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                        | ۱                                                                                | ۲                                                                             | غ.ق.۱ |
| ۴             | الف | برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه جمعیت تحت پوشش و صورت جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی و فرم‌های پیگیری تکمیل شده براساس صورت جلسات | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>یا<br>فرم پیگیری صورت جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد        | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد     |       |
|               | ب   | در حیطه‌ی مندرج در سنجه و واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت جلسات                                                               | و  | در قسمت‌های مرتبط                                        | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط | یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است       | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>اما<br>مشخصات بند «ب» را ندارد | فرم پیگیری صورت جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد |       |
|               | ج   | در این بیمارستان                                                                                                                            | ز  | ۱۰ مورد در حیطه‌های مختلف                                | ل  | در قسمت‌های مرتبط                                                               | یا<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد                                               | نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است         | نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است     |       |
|               | د   |                                                                                                                                             | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۱۰ نفر در رابطه با حیطه‌ی مذکور                                                 |                                                                                          |                                                                                  |                                                                               |       |
|               |     |                                                                                                                                             | ط  |                                                          |    | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     |                                                                                          |                                                                                  |                                                                               |       |

۱-۷) کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه‌ریزی شده در جهت حفظ و سالم‌سازی محیط زیست

سنجه. بیمارستان، برنامه عملیاتی حفظ و سالم‌سازی محیط زیست را مدون نموده‌است و مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی حفظ و سالم‌سازی محیط زیست را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                       |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                        | ۱                                                                                                                                                                                                                                                  | ۲                                                                                                                                                                                                                                                  | غ.ق.ا |
|               | الف | برنامه عملیاتی پیگیری و ارتقای سلامت در حیطه حفظ و سالم‌سازی محیط زیست و صورت‌جلسات اطلاع به تیم حاکمیتی و فرم‌های پیگیری تکمیل شده براساس صورت‌جلسات | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>یا<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | غ.ق.ا |
|               | ب   | در حیطه‌ی مندرج در سنجه و واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت‌جلسات                                                                         | و  | در قسمت‌های مرتبط                                        | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط | یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است.      | فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>اما<br>مشخصات بند «ب» را ندارد<br>یا<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است.                                                                                | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | غ.ق.ا |
|               | ج   | در این بیمارستان                                                                                                                                      | ز  | ۱۰ مورد در حیطه‌های مختلف                                | ل  | در قسمت‌های مرتبط                                                               | یا<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد                                               | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | غ.ق.ا |
|               | د   |                                                                                                                                                       | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۱۰ نفر در رابطه با حیطه‌ی مذکور                                                 | یا<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد                                               | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | غ.ق.ا |
|               |     |                                                                                                                                                       | ط  |                                                          |    | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | یا<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد                                               | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | غ.ق.ا |
|               |     |                                                                                                                                                       |    |                                                          |    | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | یا<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه نباشد                                               | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>برنامه شامل حیطه مندرج در سنجه باشد<br>و<br>فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است. | غ.ق.ا |



۸-۱-۱) کسب اطمینان از وجود ساختار سازمانی مستند و شفاف که روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات را مشخص کرده باشد.

سنجه. ساختار سازمانی مستند بیمارستان که سلسله مراتب سازمانی در آن مشخص شده‌است وجود دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                       | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                             |                                                                                    |                                                                                 |       |
|---------------|-----|-------------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                               |    |         |    |        | ۰                                  | ۱                                                                                  | ۲                                                                               | غ.ق.ا |
|               | الف | مستندات ساختار سازمانی        | ه  |         | ی  |        | ساختار سازمانی<br>مستند موجود نیست | ساختار سازمانی<br>مستند موجود است<br>اما<br>سلسله مراتب سازمانی<br>در آن مشخص نیست | ساختار سازمانی<br>مستند موجود است<br>و<br>سلسله مراتب سازمانی<br>در آن مشخص است |       |
|               | ب   | مشخص بودن سلسله مراتب سازمانی | و  |         | ک  |        |                                    |                                                                                    |                                                                                 |       |
|               | ج   | دراین واحد                    | ز  |         | ل  |        |                                    |                                                                                    |                                                                                 |       |
|               | د   |                               | ح  |         | م  |        |                                    |                                                                                    |                                                                                 |       |
|               |     |                               | ط  |         |    |        |                                    |                                                                                    |                                                                                 |       |

۱-۹) کسب اطمینان از وجود برنامه‌های مناسب برای استخدام، انتصاب، ابقا، کارکنان (از جمله اعضای تیم مدیریت اجرایی بیمارستان)

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرایند مکتوبی برای استخدام وجود دارد و دراین زمینه به کارکنان اطلاع رسانی و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                             | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                 | امتیاز                                                     |                                                            |                                                             |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                     |    |         |    |                                                                                        | ۰                                                          | ۱                                                          | ۲                                                           |
| ۱             | الف | فرایند مکتوب استخدام با مشخص بودن زمانی که استفاده ازاین فرایند در بیمارستان آغاز شده است و مستندات اطلاع رسانی به کارکنان مورد نظر | ه  |         | ی  | کارکنان از رده‌های مختلف شغلی که از زمان آغاز استفاده از فرایند مذکور، استخدام شده‌اند | مستندات بند «الف» موجود نباشند<br>یا                       | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>اما                       | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و                          |
|               | ب   |                                                                                                                                     | و  |         | ک  | فرایند استخدام شما چگونه بود؟                                                          | اظهارات ۲-۰ نفر<br>بیانگر استخدام براساس فرایند مذکور باشد | اظهارات ۶-۳ نفر<br>بیانگر استخدام براساس فرایند مذکور باشد | اظهارات ۱۰-۷ نفر<br>بیانگر استخدام براساس فرایند مذکور باشد |
|               | ج   | دراین واحد یا واحد مدیریت منابع انسانی                                                                                              | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                              |                                                            |                                                            |                                                             |
|               | د   |                                                                                                                                     | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                 |                                                            |                                                            |                                                             |
|               |     |                                                                                                                                     | ط  |         |    |                                                                                        |                                                            |                                                            |                                                             |
|               |     |                                                                                                                                     |    |         |    |                                                                                        |                                                            |                                                            | فرایند استخدام توسط سازمان بالادستی انجام می‌پذیرد          |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرایند مکتوبی برای انتخاب و انتصاب مسئولان، وجود دارد و در این زمینه به کارکنان اطلاع رسانی و براساس آن عملی شود.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                                                                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                               | امتیاز                                                                         |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
|------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|            |     |                                                                                                                                                                                                                             |    |         |    |                                                                                                                      | ۰                                                                              | ۱                                                                                  | ۲                                                                                | غ.ق.ا                                               |
| ۲          | الف | فرایند مکتوب انتخاب و انتصاب مسئولان با مشخص بودن زمانی که استفاده از این فرایند در بیمارستان آغاز شده است و مستندات عمل براساس این فرایند (مانند صورت‌جلسات، مصاحبه‌ها، بررسی سوابق و...) و مستندات اطلاع رسانی به کارکنان | ه  |         | ی  | افرادی که مسئول انتخاب و انتصاب کارکنان بند «ب» هستند                                                                | مستندات بند «الف» موجود نباشند<br>یا<br>به تفکیک موارد مندرج در بند «ب» نباشند | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>به تفکیک موارد مندرج در بند «ب» باشند<br>اما | مستندات بند «الف» موجود باشند<br>و<br>به تفکیک موارد مندرج در بند «ب» باشند<br>و | فرایند استخدام توسط سازمان بالا دستی انجام می‌پذیرد |
|            | ب   | به تفکیک مدیران ارشد، روسای * بخش‌ها و واحدها، سوپروایزرها و سرپرستاران                                                                                                                                                     | و  |         | ک  | آیا برای انتخاب و انتصاب افرادی که حکم مسئولیت آن‌ها را امضا نموده‌اید، از فرایند مشخصی تبعیت نموده‌اید؟ چه فرایندی؟ | اطهارات ۱-۰ نفر<br>منطبق بر فرایند باشد                                        | اطهارات ۳-۲ نفر<br>منطبق بر فرایند باشد                                            | اطهارات ۵-۴ نفر<br>منطبق بر فرایند باشد                                          |                                                     |
|            | ج   | در این واحد یا واحد مدیریت منابع انسانی                                                                                                                                                                                     | ز  |         | ل  |                                                                                                                      |                                                                                |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
|            | د   |                                                                                                                                                                                                                             | ح  |         | م  | ۵ نفر (حضور یا تلفنی)                                                                                                |                                                                                |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |
|            |     |                                                                                                                                                                                                                             | ط  |         |    |                                                                                                                      |                                                                                |                                                                                    |                                                                                  |                                                     |

\* تذکر: در صورتی که برخی از انتصاب‌ها مانند انتصاب مدیران ارشد توسط سازمان بالا دستی صورت می‌گیرد، عدم وجود فرایند مربوط به این گروه، منجر به کسر امتیاز از بیمارستان نخواهد شد.

۱-۱-۱۰) کسب اطمینان از استفاده بهینه از منابع فیزیکی، انسانی و مالی در بیمارستان

سنجه ۱. خط مشی و روش استفاده بهینه از منابع فیزیکی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                              | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                      |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                    |    |                                                                                                                      |    |                                       | ۰                                                                                           | ۱                                                                                                                                                 | ۲                                                                                                                                                              | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند                                                                        | بخشی از مستندات موجود باشد یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند                                                                            | تمام مستندات موجود باشند و<br>تمام امکانات موجود باشند و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                         |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۱ استاندارد ۱-۱-۱۰ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                               | ک  |                                       | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا                                                       | ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمامی روش‌ها دخیل دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                       | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                              | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                                                    | ط  |                                                                                                                      |    |                                       | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد         | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخیل دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                                                    |    |                                                                                                                      |    |                                       |                                                                                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. خط مشی و روش استفاده بهینه از منابع انسانی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                                | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                    |    |                                                                                                                        |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                        | ۱                                                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند                                                                                                                                       | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند                                                                                                                                                                                | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۲ استاندارد ۱-۱-۱۰ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                                 | ک  |                                       | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                       | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | د   |                                                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                     | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               |     |                                                                                                                    | ط  |                                                                                                                        |    |                                       |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               |     |                                                                                                                    |    |                                                                                                                        |    |                                       |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |

سنجه ۳. خط مشی و روش استفاده بهینه از منابع مالی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده‌است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                    |    |                                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                                                           | ۱                                                                                                                                                                                                           | ۲                                                                                                                                                                   | غ.ق.ا                                                                                                                                     |
| ۳             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                       | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                            | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۳ استاندارد ۱-۱۰-۱ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                       | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                              | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |
|               | د   |                                                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |
|               |     |                                                                                                                    | ط  |                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |
|               |     |                                                                                                                    |    |                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۴. مستندات نشان می‌دهند تیم حاکمیتی گزارش عملکرد بیمارستان در زمینه پیروی از خط مشی و روش مورد اشاره در سنجه‌های ۱، ۲ و ۳ را در جلساتی با فواصل زمانی منظم دریافت می‌نماید و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                           | کد | مشاهدات             | کد | مصاحبه                   | امتیاز                                                                                        |                                                                     |                                                                                     |       |
|------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                   |    |                     |    |                          | ۰                                                                                             | ۱                                                                   | ۲                                                                                   | غ.ق.ا |
| ۴          | الف | صورت‌جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان در خصوص خط مشی و روش‌های مذکور            | ه  | بر حسب موضوع مصوبات | ی  | با افراد مرتبط با مصوبات | صورت‌جلسات موجود نباشند<br>یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰ درصد مصوبات اجرای شده باشند | صورت‌جلسات موجود باشند<br>اما<br>در فواصل منظم نباشند               | صورت‌جلسات موجود باشند<br>و<br>در فواصل منظم باشند                                  | و     |
|            | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم و<br>با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه | و  |                     | ک  |                          |                                                                                               | یا<br>حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد | در فواصل منظم باشند<br>و<br>در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد | و     |
|            | ج   | دراین واحد                                                                        | ز  | ۱۰ مورد             | ل  | ۱۰ نفر                   |                                                                                               | یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱ درصد مصوبات اجرای شده باشند | براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱ درصد مصوبات اجرای شده باشند                      | و     |
|            | د   |                                                                                   | ح  |                     | م  |                          |                                                                                               |                                                                     |                                                                                     |       |
|            |     |                                                                                   | ط  |                     |    |                          |                                                                                               |                                                                     |                                                                                     |       |

۱-۱۱) کسب اطمینان از بازنگری منظم آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و خط مشی‌های داخلی بیمارستان (حداقل سالانه)

سنجه. مستندات نشان می‌دهند برنامه مدونی جهت اطمینان از بازنگری منظم و حداقل سالانه‌ی آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و خط مشی‌های داخلی بیمارستان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                                                                                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                  |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |         |    |        | ۰                                                                       | ۱                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                       | غ.ق.ا |
|               | الف | برنامه مدون بازنگری موارد مندرج درسنجه<br>و<br>مستندات انجام بازنگری<br>و<br>مستندات خارج کردن ویرایش‌های<br>قدیمی از سیستم و اطلاع رسانی در<br>خصوص ویرایش‌های جدید<br>و<br>صورت‌جلسات بررسی گزارش عملکرد بیمارستان<br>در خصوص بازنگری موارد مندرج در سنجه                       | ه  |         | ی  |        | برنامه مدون موجود نباشد                                                 | برنامه مدون موجود باشد<br>و<br>دارای مشخصات<br>بند «ب» باشد<br>اما<br>مستندات انجام بازنگری*<br>در موعد مقرر وجود نداشته<br>باشد یا فقط بخشی از<br>آن انجام شده باشد                                                     | برنامه مدون موجود باشد<br>و<br>دارای مشخصات<br>بند «ب» باشد<br>و<br>مستندات انجام بازنگری در<br>موعد مقرر وجود داشته باشد<br>و تمام مواردی که موعد آن<br>فرا رسیده، انجام شده باشند                     |       |
|               | ب   | دارای زمان بندی منظم و حداقل سالانه<br>و<br>با ذکر مسئول پیگیری و مسئولین بازنگری<br>و<br>مسئولین خارج کردن ویرایش‌های<br>قدیمی از سیستم و اطلاع رسانی در<br>خصوص ویرایش‌های جدید<br>و<br>ارائه شده در فواصل زمانی منظم<br>و<br>با تعیین مسئول پیگیری و زمان<br>اجرای مصوبات جلسه | و  |         | ک  |        | یا<br>دارای مشخصات<br>بند «ب» نباشد<br>یا<br>صورت‌جلسات<br>موجود نباشند | یا<br>مستندات خارج کردن<br>ویرایش قدیمی و اطلاع<br>رسانی دراین خصوص<br>موجود نباشد<br>صورت‌جلسات موجود باشند<br>اما<br>در فواصل منظم نباشند<br>یا<br>حتی در یکی از مصوبات،<br>مسئول پیگیری و زمان<br>اجرا مشخص نشده باشد | مستندات خارج کردن<br>ویرایش قدیمی و<br>اطلاع رسانی دراین<br>خصوص موجود باشد<br>صورت‌جلسات موجود باشند<br>و<br>در فواصل منظم باشند<br>و<br>در تمامی مصوبات،<br>مسئول پیگیری و زمان<br>اجرا مشخص شده باشد |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                                      | ز  |         | ل  |        |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |       |
|               | د   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ح  |         | م  |        |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ط  |         |    |        |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |       |



(۲-۱) جلسات تیم حاکمیتی به طور منظم و حداقل فصلی برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن ثبت می گردند تا مطابق آن ها عمل گردد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند آیین نامه داخلی جلسات تیم حاکمیتی و فهرست اعضای آن مدون و موجود است و تمامی اعضا از مفاد آیین نامه مطلع هستند جلسات تیم حاکمیتی به طور منظم و حداقل فصلی برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن با ذکر نام مسئولین پیگیری و انجام مصوبه و زمان تعیین شده جهت انجام آن ثبت می گردند و پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق الذکر در زمان تعیین شده، با کمک فرمی\* که به این منظور طراحی شده است، صورت می پذیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                             | کد | مشاهدات                                                        | کد | مصاحبه                                                                                       | امتیاز                                                                                        |                                                                                                |                                                                                              |                                                             |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                                                                     |    |                                                                |    |                                                                                              | ۰                                                                                             | ۱                                                                                              | ۲                                                                                            | غ.ق.۱                                                       |
|               | الف | آیین نامه داخلی جلسات تیم حاکمیتی<br>و<br>فهرست اعضا و سمت و تحصیلات آن ها و<br>زمان آغاز عضویت آنان در تیم حاکمیتی<br>و<br>صورت جلسات تیم حاکمیتی<br>و<br>فرم های پیگیری تکمیل شده | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس مصوبات                             | ی  | اعضای تیم حاکمیتی براساس<br>فهرست بند «الف»                                                  | مستندات بند «الف»<br>موجود نیست                                                               | مستندات بند «الف»<br>موجود است                                                                 | مستندات بند «الف»<br>موجود است                                                               | در صورتی که<br>بیمارستان تیم<br>حاکمیتی مجزا<br>نداشته باشد |
|               | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی<br>منظم و حداقل فصلی<br>و<br>با تعیین مسئولین پیگیری و اجرا<br>و زمان اجرای مصوبات جلسه<br>فرم های پیگیری واجد حداقل های<br>تعیین شده در تذکر ذیل جدول     | و  | در قسمت های مرتبط                                              | ک  | در خصوص مفاد آیین نامه داخلی<br>و<br>صورت جلسات تیم حاکمیتی<br>و<br>فرم های پیگیری تکمیل شده | یا<br>۰-۱ نفر از اعضای<br>تیم حاکمیتی از<br>مفادآیین نامه داخلی<br>و صورت جلسات<br>مطلع هستند | اما<br>۲-۳ نفر از اعضای<br>تیم حاکمیتی از<br>مفادآیین نامه داخلی<br>و صورت جلسات<br>مطلع هستند | و<br>۴-۵ نفر از اعضای<br>تیم حاکمیتی از<br>مفادآیین نامه داخلی<br>و صورت جلسات<br>مطلع هستند |                                                             |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                                                                                          | ز  | ۵ مورد                                                         | ل  |                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                |                                                                                              |                                                             |
|               | د   | ۵ مصوبه                                                                                                                                                                             | ح  | مطابقت مندرجات فرم<br>پیگیری تکمیل شده<br>با موارد قابل مشاهده | م  | ۵ نفر (حضور ی یا تلفنی)                                                                      |                                                                                               |                                                                                                |                                                                                              |                                                             |
|               |     |                                                                                                                                                                                     | ط  |                                                                |    |                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                |                                                                                              |                                                             |

\*تذکر: در این فرم، مصوبه مربوطه، تاریخ تصویب، مرجع تصویب کننده، مسئول پیگیری، مسئول اجرا، مهلت اجرا و نتایج پیگیری مشخص شده است.

۳-۱) توجیه اعضای جدید تیم حاکمیتی، مطابق برنامه توجیهی مستند، صورت می گیرد.

سنجه ۱. تمامی اعضای تیم حاکمیتی به کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                     |                            |                            |                                                    |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|----------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------|
|               |     |         |    |         |    |                                        | ۰                          | ۱                          | ۲                          | غ.ق.ا. *                                           |
| ۱             | الف |         | ه  |         | ی  | اعضای تیم حاکمیتی                      | ۰-۱ نفر دسترسی داشته باشند | ۲-۳ نفر دسترسی داشته باشند | ۴-۵ نفر دسترسی داشته باشند | در صورتی که بیمارستان تیم حاکمیتی مجزا نداشته باشد |
|               | ب   |         | و  |         | ک  | آیا شما به کتابچه توجیهی دسترسی دارید؟ |                            |                            |                            |                                                    |
|               | ج   |         | ز  |         | ل  |                                        |                            |                            |                            |                                                    |
|               | د   |         | ح  |         | م  | ۵ نفر حضوری یا تلفنی                   |                            |                            |                            |                                                    |
|               |     |         | ط  |         |    |                                        |                            |                            |                            |                                                    |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. تمامی اعضای تیم حاکمیتی به کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند و دوره توجیهی برای توجیه اعضای جدید تیم حاکمیتی حداقل شامل رسالت، چشم انداز، ارزش‌ها، اهداف کلان و اولویت‌های استراتژیک بیمارستان، آشنایی با استانداردهای اعتباربخشی، حقوق‌گیرندگان خدمت و کارکنان، آیین‌نامه داخلی تیم حاکمیتی، نقشه ساختمان، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه و قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش موجود است و توجیه اعضای جدید براساس آن صورت می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                   | امتیاز                                                                |                                                                        |                                                                         |                                                                                   |
|---------------|-----|--------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                  |    |         |    |                                                                                          | ۰                                                                     | ۱                                                                      | ۲                                                                       | غ.ق.۱                                                                             |
| ۲             | الف | مستندات دوره توجیهی و برگزاری آن برای اعضای جدید | ه  |         | ی  | اعضای تیم حاکمیتی و اعضای جدیدالورود* (ظرف یکسال گذشته به عضویت تیم حاکمیتی در آمده‌اند) | ۱-۰ نفر دسترسی داشته باشند                                            | ۳-۲ نفر دسترسی داشته باشند                                             | ۵-۴ نفر دسترسی داشته باشند                                              | عضو جدیدالورود نداشته باشند یا در صورتی که بیمارستان تیم حاکمیتی مجزا نداشته باشد |
|               | ب   | حداقل دارای موارد مندرج در سنجه                  | و  |         | ک  | در خصوص دسترسی و اطلاع از محتوای دوره توجیهی و گذراندن دوره                              | و مستندات دوره توجیهی موجود نباشد                                     | مستندات دوره توجیهی موجود باشد اما                                     | مستندات دوره توجیهی موجود باشد و                                        |                                                                                   |
|               | ج   | دراین واحد                                       | ز  |         | ل  |                                                                                          | یا                                                                    | شامل حداقل‌های مندرج در سنجه نباشد                                     | شامل حداقل‌های مندرج در سنجه باشد                                       |                                                                                   |
|               | د   |                                                  | ح  |         | م  | ۵ نفر حضوری یا تلفنی                                                                     | ۲۰-۰٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده است | یا                                                                     | و                                                                       |                                                                                   |
|               |     |                                                  | ط  |         |    |                                                                                          |                                                                       | ۶۰-۲۱٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده است | ۱۰۰-۶۱٪ از اعضای جدید نشان دهد که دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده است |                                                                                   |

## ۲) استانداردهای اجرایی

۱-۲) شرح وظایف تیم مدیریت اجرایی، حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱-۱-۲) تدوین برنامه استراتژیک\* ۳ تا ۵ ساله بیمارستان و بازنگری آن (حداقل سالانه)

سنجه. برنامه استراتژیک ۳ تا ۵ ساله بیمارستان به امضای تیم مدیریت اجرایی وجود دارد و بازنگری حداقل سالانه انجام شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                               |   |                                                     |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                         |    |         |    |        | ۰                                                    | ۱ | ۲                                                   |
|               | الف | برنامه استراتژیک بیمارستان<br>و<br>مستندات تعیین زمان بازنگری<br>برنامه استراتژیک<br>و<br>انجام بازنگری براساس آن                       | ه  |         | ی  |        | برنامه استراتژیک<br>واجد شرایط بند<br>«ب» موجود نیست |   | برنامه استراتژیک<br>واجد شرایط بند «ب»<br>موجود است |
|               | ب   | تایید شده از سوی تیم مدیریت<br>ارشد (حاکمیتی و اجرایی)<br>و<br>دارای حداقل‌های تعیین شده در ذیل جدول<br>و<br>تاریخ بازنگری حداقل سالانه | و  |         | ک  |        |                                                      |   |                                                     |
|               | ج   | در این واحد                                                                                                                             | ز  |         | ل  |        |                                                      |   |                                                     |
|               | د   |                                                                                                                                         | ح  |         | م  |        |                                                      |   |                                                     |
|               |     |                                                                                                                                         | ط  |         |    |        |                                                      |   |                                                     |

\*تذکر: برنامه استراتژیک باید حداقل شامل مأموریت، چشم انداز، ارزش‌ها، نتایج تحلیل وضعیت موجود، نقاط قوت، نقاط قابل بهبود (ضعف‌ها) و فرصت‌ها و تهدیدها، اهداف کلان (Goals) و استراتژی‌ها باشد. (گرچه برای عملیاتی و قابل سنجش شدن پیشرفت برنامه استراتژیک، لازم است که اهداف عینی (Objectives) و شاخص‌ها هم مشخص شوند اما اگر به این موارد در بخش برنامه عملیاتی و شاخص‌ها به طور جداگانه هم پرداخته شده باشد، قابل قبول است).

۲-۱-۲) تعیین ایمنی بیمار و ارتقای مستمر کیفیت به عنوان اولویت‌های استراتژیک بیمارستان و نظارت بر اجرای آن در قالب برنامه عملیاتی در کل بیمارستان

سنجه. مستندات نشان می‌دهند ایمنی بیمار و ارتقای مستمر کیفیت به عنوان اهداف کلان و اولویت دار برنامه استراتژیک بیمارستان مشخص شده است و برنامه عملیاتی مرتبط در تمام قسمت‌های مرتبط بیمارستان تدوین شده است و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                                                                                                                    | کد | مشاهدات                                    | کد | مصاحبه                                                                        | امتیاز                                                                                                     |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                            |    |                                                                               | ۰                                                                                                          | ۱                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                  | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه استراتژیک بیمارستان<br>و<br>اهداف عینی و شاخص‌های<br>بیمارستان برای ارتقا ایمنی بیمار<br>و ارتقای مستمر کیفیت و برنامه<br>عملیاتی جهت دسترسی به آن‌ها<br>و<br>مستندات اجرای برنامه                                                                                  | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس برنامه عملیاتی | ی  | کارکنان مرتبط براساس برنامه                                                   | مستندات بند «الف»<br>موجود نیست<br>یا<br>مشاهدات و مصاحبه‌ها،<br>در ۲۰-۰٪ موارد با<br>مستندات مطابقت دارند | مستندات بند «الف»<br>موجود است<br>اما<br>ویژگی‌های بند<br>«ب» را ندارد<br>یا<br>مشاهدات و مصاحبه‌ها،<br>در ۶۰-۲۱٪ موارد با<br>مستندات<br>مطابقت دارند | مستندات بند «الف»<br>موجود است<br>و<br>ویژگی‌های بند<br>«ب» را دارد<br>و<br>مشاهدات و مصاحبه‌ها،<br>در ۱۰۰-۶۱٪ موارد با<br>مستندات<br>مطابقت دارند |       |
|               | ب   | موضوعات مربوط به ارتقا ایمنی<br>بیمار و ارتقای مستمر کیفیت<br>به عنوان یکی از اهداف کلان و<br>اولویت‌دار برنامه مشخص شده است<br>و<br>به تفکیک بخش‌ها و<br>واحدهای مرتبط<br>و<br>در راستای دستیابی به اهداف<br>کلان ایمنی بیمار و ارتقای مستمر<br>کیفیت در برنامه استراتژیک | و  | در قسمت‌های مرتبط<br>براساس برنامه         | ک  | سوالاتی برای بررسی اجرای<br>برنامه براساس مستندات با<br>اظهارات کارکنان مرتبط |                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                                                                                                                                               | ز  | ۱۰ مورد                                    | ل  | در قسمت‌های مرتبط<br>براساس برنامه                                            |                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |       |
|               | د   |                                                                                                                                                                                                                                                                            | ح  |                                            | م  | ۱۰ مورد                                                                       |                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                            | ط  |                                            |    |                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                            |    |                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                    |       |

## ۲-۱-۳) مشارکت در تدوین برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تیم مدیریت اجرایی بیمارستان در تدوین برنامه استراتژیک و عملیاتی بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت نموده‌اند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                              | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                              | امتیاز                                                               |                                                                     |                                                                   |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                      |    |         |    |                                                                                                                                                                     | ۰                                                                    | ۱                                                                   | ۲                                                                 |
|               | الف | صورت‌جلسات تدوین برنامه‌های مذکور<br>با حضور اعضای تیم مدیریت اجرایی | ه  |         | ی  | اعضای تیم مدیریت اجرایی شرکت‌کننده<br>در جلسات مذکور بر مبنای صورت‌جلسات                                                                                            | صورت‌جلسات<br>موجود نباشند                                           | صورت‌جلسات<br>موجود باشند                                           | صورت‌جلسات<br>موجود باشند                                         |
|               | ب   |                                                                      | و  |         | ک  | درخصوص مصوبات جلسه با تاکید بر<br>موارد مرتبط با سمت فرد<br>(به‌عنوان مثال از مترون بیمارستان<br>در رابطه با ایمنی و بهبود کیفیت<br>مرتبط با حوزه پرستاری سوال شود) | یا<br>۰-۱ نفر از اعضای مورد<br>مصاحبه در جلسات<br>مشارکت نموده باشند | اما<br>۲ نفر از اعضای مورد<br>مصاحبه در جلسات<br>مشارکت نموده باشند | و<br>هر ۳ نفر اعضای مورد<br>مصاحبه در جلسات<br>مشارکت نموده باشند |
|               | ج   | دراین واحد                                                           | ز  |         | ل  | حضور یا تلفنی                                                                                                                                                       | یا                                                                   | یا                                                                  | و                                                                 |
|               | د   |                                                                      | ح  |         | م  | حداقل ۳ نفر که حتما شامل رییس،<br>مدیر و مترون بیمارستان باشد                                                                                                       | پاسخ ۰-۱ نفر موید<br>صورت‌جلسات باشد                                 | پاسخ ۲ نفر موید<br>صورت‌جلسات باشد                                  | پاسخ هر ۳ نفر موید<br>صورت‌جلسات باشد                             |
|               |     |                                                                      | ط  |         |    |                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                     |                                                                   |

۴-۱-۲) تخصیص منابع به بخش‌ها و واحدها به منظور دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تیم مدیریت اجرایی با پیگیری مستمر و منظم در طی سال، اطمینان حاصل می‌نماید منابع مصوب براساس خط مشی و روش مندرج در سنجه ۱ استاندارد ۱-۵، به بخش‌ها و واحدهای مرتبط، تخصیص می‌یابد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                             | امتیاز                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |         |    |                                                                                                                                                                                    | ۰                                                                      | ۱                                                                                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                                                                                        | غ.ق.۱ |
|               | الف | صورت‌جلسات بررسی گزارش تخصیص منابع تصویب شده به بخش‌ها و واحدها براساس پیشرفت برنامه عملیاتی و اولویت برنامه‌ها | ه  |         | ی  | شرکت‌کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت‌جلسات                                                                                                                                    | صورت‌جلسات موجود نباشند<br><br>یا<br>پاسخ ۱-۰ نفر موید صورت‌جلسات باشد | صورت‌جلسات موجود باشند<br><br>اما<br>تخصیص براساس پیشرفت برنامه و اولویت‌های تعیین شده نباشد<br><br>یا<br>در فواصل منظم نباشند<br><br>یا<br>حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد<br><br>یا<br>پاسخ ۲ نفر موید صورت‌جلسات باشد | صورت‌جلسات موجود باشند<br><br>و<br>تخصیص براساس پیشرفت برنامه و اولویت‌های تعیین شده باشد<br><br>و<br>در فواصل منظم باشد<br><br>و<br>در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد<br><br>و<br>پاسخ ۳ نفر موید صورت‌جلسات باشد |       |
|               | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم<br><br>و<br>با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه                        | و  |         | ک  | گزارش ارائه شده درخصوص تخصیص منابع تصویب شده به بخش‌ها و واحدها براساس پیشرفت برنامه عملیاتی به آن‌ها (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه دراین خصوص چه بودند؟ |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                      | ز  |         | ل  | حضور یا تلفنی                                                                                                                                                                      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  |         | م  | ۳ نفر                                                                                                                                                                              |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                          |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                          |       |

۲-۵) نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی مناسب در کل بیمارستان برای بهبود کیفیت و دستیابی به اهداف استراتژیک بیمارستان

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس روش مدون، در پایش برنامه عملیاتی بهبود کیفیت، بخشی از نظارت به طور مستقیم توسط تیم مدیریت اجرایی صورت می‌گیرد. گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی و پایش‌های انجام شده، در فواصل زمانی منظم در تیم مدیریت اجرایی بررسی شده و روند پیگیری مداخلات اصلاحی و مصوبات جلسات، به کمک فرم طراحی شده مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                | امتیاز                                                             |                                                                    |                                                                    |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                          |    |         |    |                                                                                                                       | ۰                                                                  | ۱                                                                  | ۲                                                                  |
| ۱             | الف | روش مدون پایش برنامه عملیاتی با مشخص بودن نقش تیم مدیریت اجرایی در آن و مستندات عمل براساس آن                                            | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط                                                                                                         | مستندات بند «الف» و «ب» موجود نباشند یا<br>۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند | مستندات بند «الف» و «ب» موجود باشند اما<br>۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند | مستندات بند «الف» و «ب» موجود نباشند و<br>۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند |
|               | ب   | در خصوص بهبود کیفیت و گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی و پایش‌های انجام شده و روند پیگیری مداخلات اصلاحی و مصوبات جلسات، به کمک فرم طراحی شده | و  |         | ک  | نقش تعیین شده برای تیم مدیریت اجرایی و این که آیا مدیران براساس آن به وظیفه خود عمل کرده‌اند یا خیر؟ *                |                                                                    |                                                                    |                                                                    |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                             | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف و مرتبط با نقش تعیین شده                                                                    |                                                                    |                                                                    |                                                                    |
|               | د   |                                                                                                                                          | ح  |         | م  | از ۱۰ نفر از کارکنان مرتبط، در رابطه با اینکه مدیران به وظایف خود در پایش برنامه مذکور عمل می‌نمایند یا خیر، سوال شود |                                                                    |                                                                    |                                                                    |
|               |     |                                                                                                                                          | ط  |         |    |                                                                                                                       |                                                                    |                                                                    |                                                                    |

\*تذکر: به‌عنوان مثال اگر در برنامه نظارتی آمده است که روسای بخش‌ها و واحدها گزارش عملکرد بخش خود در زمینه بهبود یک شاخص را هر ماه به رییس بیمارستان گزارش می‌نمایند، از روسای بخش‌ها و واحدها سوال می‌شود که آیا رییس بیمارستان شخصا در جلسات شرکت می‌نمایند یا جانشین خود را می‌فرستند.



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند براساس روش مدون پایش برنامه عملیاتی سایر موضوعات (به غیر از ایمنی و کیفیت)، بخشی از نظارت به طور مستقیم توسط تیم مدیریت اجرایی صورت می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                      | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                     | امتیاز                            |                                   |                                   |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                              |    |         |    |                                                                                                            | ۰                                 | ۱                                 | ۲                                 | غ.ق.ا |
| ۲             | الف | روش مدون پایش<br>برنامه عملیاتی با<br>مشخص بودن نقش تیم<br>مدیریت اجرایی در آن<br>و<br>مستندات عمل براساس آن | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط                                                                                              | مستندات بند «الف»<br>موجود نباشند | مستندات بند «الف»<br>موجود باشند  | مستندات بند «الف»<br>موجود نباشند |       |
|               | ب   | در خصوص سایر<br>برنامه‌های عملیاتی                                                                           | و  |         | ک  | نقش تعیین شده برای تیم مدیریت<br>اجرایی و این‌که آیا مدیران براساس آن<br>به وظیفه خود عمل کرده‌اند یا خیر؟ | یا<br>۰-۲ نفر پاسخ<br>مثبت بدهند  | اما<br>۳-۶ نفر پاسخ<br>مثبت بدهند | و<br>۷-۱۰ نفر پاسخ<br>مثبت بدهند  |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                   | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف و<br>مرتبط با نقش تعیین شده                                                      |                                   |                                   |                                   |       |
|               | د   |                                                                                                              | ح  |         | م  | ۱۰ نفر در رابطه با یک وظیفه مدیران اجرایی<br>که به صورت تصادفی انتخاب شده است                              |                                   |                                   |                                   |       |
|               |     |                                                                                                              | ط  |         |    |                                                                                                            |                                   |                                   |                                   |       |

سنجه ۳. شواهد نشان می‌دهند گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی و پایش‌های انجام شده، در فواصل زمانی منظم در تیم مدیریت اجرایی بررسی شده و روند پیگیری مداخلات اصلاحی و مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                              | امتیاز                                                             |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |       |
|------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                |    |         |    |                                                                                                                                     | ۰                                                                  | ۱                                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                         | غ.ق.ا |
| ۳          | الف | صورت‌جلسات بررسی گزارش پیشرفت برنامه عملیاتی                                   | ه  |         | ی  | شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت‌جلسات                                                                                     | صورت‌جلسات موجود نباشند<br>یا<br>پاسخ ۰-۱ نفر موید صورت‌جلسات باشد | صورت‌جلسات موجود باشند<br>اما<br>در فواصل منظم نباشند<br>یا<br>حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد<br>یا<br>پاسخ ۲ نفر موید صورت‌جلسات باشد | صورت‌جلسات موجود باشند<br>و<br>در فواصل منظم باشد<br>و<br>در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد<br>و<br>پاسخ ۳ نفر موید صورت‌جلسات باشد |       |
|            | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه | و  |         | ک  | گزارش ارائه شده درخصوص پیشرفت برنامه عملیاتی به آن‌ها (با توجه به موضوع جلسات اخیر) چه بود و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بودند؟ |                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |       |
|            | ج   | در این واحد                                                                    | ز  |         | ل  | حضور یا تلفنی                                                                                                                       |                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |       |
|            | د   |                                                                                | ح  |         | م  | ۳ نفر                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |       |
|            |     |                                                                                | ط  |         |    |                                                                                                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                           |       |

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات فوق‌الذکر در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده است، صورت می‌پذیرد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                             | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |       |
|------------|-----|-----------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                     |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                  | ۲                                                                                                                                                               | غ.ق.ا |
| ۴          | الف | فرم‌های پیگیری تکمیل شده                            | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود<br>یا<br>براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است | فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>اما<br>مشخصات بند «ب» را ندارد<br>یا<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است | فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است |       |
|            | ب   | واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت‌جلسات | و  | در قسمت‌های مرتبط                                        | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |       |
|            | ج   | در این واحد                                         | ز  | ۱۰ مورد                                                  | ل  | در قسمت‌های مرتبط                                                               |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |       |
|            | د   |                                                     | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۱۰ نفر                                                                          |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |       |
|            |     |                                                     | ط  |                                                          |    |                                                                                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                 |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۲-۱-۶) نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های کلیدی عملکرد و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن ها در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده

سنجه. خط مشی و روش مکتوبی برای نظارت بر تعیین و تحلیل شاخص های کلیدی عملکرد با مشارکت واحد بهبود کیفیت بیمارستان و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن ها در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده تدوین شده و براساس آن عمل می گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                           | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                   |    |                                       | ۰                                                                                                                                                             | ۱                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | غ.ق.۱ |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد ۱-۲-۶ مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                            | ک  |                                       | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                             | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                                                        | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                           | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                                               | یا                                                                                                                                                                                                                       | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                                        |       |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                               | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد                                                                           | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                   |    |                                       |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |

۷-۱-۲) کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم در خصوص گزارش‌های ارزیابی و یا سازمان‌های قانونگذار و سیاست‌گذار از جمله اعتباربخشی

سنجه. شواهد نشان می‌دهند گزارش نتایج حاصل از بررسی گزارش‌های نهادهای ارزیاب و سازمان‌های سیاستگذار از جمله اعتباربخشی و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها، در فواصل زمانی منظم به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شود و روند پیگیری مصوبات جلسات در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده است، صورت می‌پذیرد، مشخص می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                             | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                           |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                     |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                        | ۱                                                                                                                               | ۲                                                                                                                         | غ.ق.۱ |
|               | الف | صورت‌جلسات بررسی گزارش‌های نهادهای ارزیاب و سازمان‌های سیاست‌گذار از جمله اعتباربخشی و انجام اقدامات اصلاحی براساس آن‌ها و فرم‌های پیگیری تکمیل شده | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | صورت‌جلسات و فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود                           | صورت‌جلسات و فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود                                                                     | صورت‌جلسات و فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود دارد و تکمیل می‌شود                                                               |       |
|               | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم و<br>با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسه، واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت‌جلسات              | و  | در قسمت‌های مرتبط                                        | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط | تکمیل نمی‌شود یا<br>براساس مشاهدات و<br>پیگیری‌ها مطابق<br>مندرجات فرم صورت<br>گرفته است | اما<br>مشخصات<br>بند «ب» را ندارد<br>یا<br>نتایج مشاهدات و<br>مصاحبه‌ها،<br>۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها<br>مطابق مندرجات<br>فرم پیگیری است | و<br>مشخصات بند «ب» را دارد<br>و<br>نتایج مشاهدات و<br>مصاحبه‌ها،<br>۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها<br>مطابق مندرجات<br>فرم پیگیری است |       |
|               | ج   | در این واحد                                                                                                                                         | ز  | ۵ مورد                                                   | ل  | در قسمت‌های مرتبط                                                               |                                                                                          |                                                                                                                                 |                                                                                                                           |       |
|               | د   |                                                                                                                                                     | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۵ نفر                                                                           |                                                                                          |                                                                                                                                 |                                                                                                                           |       |
|               |     |                                                                                                                                                     | ط  |                                                          |    |                                                                                 |                                                                                          |                                                                                                                                 |                                                                                                                           |       |

۲-۲) جلسات تیم مدیریت اجرایی به طور منظم و لااقل ماهانه برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن ثبت می گردند تا مطابق آن ها عمل گردد و توجیه اعضای جدید تیم مدیریت اجرایی، مطابق برنامه توجیهی مستند، صورت می گیرد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند آیین نامه داخلی جلسات تیم مدیریت اجرایی و فهرست اعضای آن مدون و موجود است و تمامی اعضا از مفاد آیین نامه مطلع هستند. جلسات تیم مدیریت اجرایی به طور منظم و حداقل ماهانه برگزار شده و صورت جلسات و مصوبات آن با ذکر نام مسئولین پیگیری و انجام مصوبه و زمان تعیین شده جهت انجام آن ثبت می گردند و پیگیری اجرای مصوبات جلسات در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده است، صورت می پذیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                                  | کد | مشاهدات                                                        | کد | مصاحبه                                                                                                                     | امتیاز                                                                                                                               |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                                                          |    |                                                                |    |                                                                                                                            | ۰                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                    | ۲                                                                                                                                    | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | آیین نامه داخلی جلسات تیم مدیریت اجرایی و<br>فهرست اعضا و سمت و تحصیلات آن ها<br>و زمان آغاز عضویت آنان در این تیم<br>و<br>صورت جلسات تیم مدیریت اجرایی<br>و<br>فرم های پیگیری تکمیل شده | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس مصوبات                             | ی  | اعضای تیم مدیریت اجرایی<br>براساس فهرست بند «الف»<br>و<br>کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                      | مستندات بند «الف»<br>موجود نیست<br>یا                                                                                                | مستندات بند «الف»<br>موجود است<br>اما                                                                                                | مستندات بند «الف»<br>موجود است<br>و                                                                                                  |       |
|               | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی<br>منظم و حداقل فصلی<br>و<br>با تعیین مسئولین پیگیری و اجرا<br>و زمان اجرای مصوبات جلسه<br>و<br>واجد حداقل های تعیین شده برای<br>فرم پیگیری صورت جلسات          | و  | در قسمت های مرتبط                                              | ک  | در خصوص مفاد آیین نامه داخلی<br>و<br>سوالاتی برای بررسی مطابقت<br>مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده<br>با اظهارات کارکنان مرتبط | ۰-۱ نفر از اعضای<br>تیم مدیریت اجرایی<br>و کارکنان مرتبط از<br>مفاد آیین نامه داخلی،<br>صورجلسات و<br>پیگیری های مرتبط<br>مطلع هستند | ۲-۳ نفر از اعضای<br>تیم مدیریت اجرایی<br>و کارکنان مرتبط از<br>مفاد آیین نامه داخلی،<br>صورجلسات و<br>پیگیری های مرتبط<br>مطلع هستند | ۴-۵ نفر از اعضای<br>تیم مدیریت اجرایی<br>و کارکنان مرتبط از<br>مفاد آیین نامه داخلی،<br>صورجلسات و<br>پیگیری های مرتبط<br>مطلع هستند |       |
|               | ج   | در این واحد                                                                                                                                                                              | ز  | ۵ مورد                                                         | ل  | در قسمت های مرتبط                                                                                                          |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |       |
|               | د   |                                                                                                                                                                                          | ح  | مطابقت مندرجات فرم<br>پیگیری تکمیل شده با<br>موارد قابل مشاهده | م  | ۵ نفر (حضور یا تلفنی)                                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                          | ط  |                                                                |    |                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |       |

سنجه ۲. تمامی اعضای تیم مدیریت اجرایی به کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) دسترسی دارند. برنامه توجیهی برای اعضای جدید تیم مدیریت اجرایی حداقل شامل رسالت، چشم انداز، اهداف کلان، ارزش‌ها و اولویت‌های استراتژیک بیمارستان، آشنایی با استانداردهای اعتباربخشی، حقوق‌گیرندگان خدمت و کارکنان، آیین‌نامه داخلی تیم مدیریت اجرایی، نقشه ساختمان، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه و قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش موجود است و توجیه اعضای جدید براساس آن صورت می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                              | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                           | امتیاز                                                          |                                                                                                      |                                                                                                      |                             |
|------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|            |     |                                                                                                                                      |    |         |    |                                                                                  | ۰                                                               | ۱                                                                                                    | ۲                                                                                                    | غ.ق.۱                       |
| ۲          | الف | مستندات دوره توجیهی و برگزاری آن برای اعضای جدید و دسترسی تمامی اعضای تیم مدیریت اجرایی به کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/ الکترونیک) | ه  |         | ی  | اعضای جدیدالورود* (ظرف یک سال گذشته به عضویت تیم مدیریت اجرایی در آمده‌اند)      | مستندات بند «الف» موجود نباشد یا                                | مستندات بند «الف» موجود باشد اما شامل حداقل‌های مندرج درسنجه نباشد یا                                | مستندات دوره توجیهی موجود باشد و شامل حداقل‌های مندرج درسنجه باشد و                                  | عضو جدیدالورود نداشته باشند |
|            | ب   | حداقل دارای موارد مندرج در سنجه                                                                                                      | و  |         | ک  | آیا شما به کتابچه توجیهی دسترسی دارید؟ در خصوص محتوای دوره توجیهی و گذراندن دوره | ۲۰-٪ از اعضای جدید نشان دهد که به کتابچه توجیهی دسترسی دارند یا | ۶۰-۲۱٪ از اعضای جدید نشان دهد به کتابچه توجیهی دسترسی دارند یا دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده است | ۱۰۰-۶۱٪ از اعضای جدید نشان دهد به کتابچه توجیهی دسترسی دارند و دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده است |                             |
|            | ج   | دراین واحد                                                                                                                           | ز  |         | ل  |                                                                                  |                                                                 |                                                                                                      | اظهاریات                                                                                             |                             |
|            | د   |                                                                                                                                      | ح  |         | م  |                                                                                  | دوره توجیهی برای آن‌ها برگزار شده است                           | دسترسی دارند                                                                                         | دسترسی دارند                                                                                         |                             |
|            |     |                                                                                                                                      | ط  |         |    |                                                                                  |                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                      |                             |
|            |     |                                                                                                                                      |    |         |    |                                                                                  |                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                      |                             |

۳-۲) تیم مدیریت اجرایی بیمارستان اعضای ثابتی دارد که حداقل شامل افراد ذیل است:

۳-۲-۱) رییس، مدیر عامل یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۳-۲-۲) مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۳-۲-۳) مدیر پرستاری

۳-۲-۴) معاون درمان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۳-۲-۵) معاون آموزشی یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان (در بیمارستان‌های غیرآموزشی سوپروایزر آموزشی)

۳-۲-۶) مسئول واحد فناوری اطلاعات، بدون حق رای و به عنوان مشاور

۳-۲-۷) مدیر امور مالی بیمارستان، بدون حق رای و به عنوان مشاور

۳-۲-۸) مدیر بهبود کیفیت، بدون حق رای و به عنوان مشاور، در جلسات تیم مدیریت اجرایی حضور دارند.

سنجه. تیم مدیریت اجرایی بیمارستان حداقل شامل افراد مندرج در استاندارد ۳-۲ توسط رئیس بیمارستان تعیین شده‌اند و ابلاغ آنان وجود دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                              | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                           |                                        |                                                                          |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                      |    |         |    |        | ۰                                | ۱                                      | ۲                                                                        |
|               | الف | فهرست اعضای تیم مدیریت اجرایی<br>و<br>حکم آن‌ها با امضای رییس بیمارستان                                                              | ه  |         | ی  |        | مستندات بند «الف»<br>موجود نباشد | مستندات بند «الف»<br>موجود باشد<br>اما | مستندات بند «الف»<br>موجود باشد<br>و<br>شرایط بند «ب»<br>وجود داشته باشد |
|               | ب   | حداقل شامل افراد مندرج در استاندارد<br>و<br>درج داشتن یا نداشتن حق رای<br>و عضو اصلی یا مشاور بودن آن‌ها<br>در آیین نامه داخلی جلسات | و  |         | ک  |        |                                  |                                        |                                                                          |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                                           | ز  |         | ل  |        |                                  |                                        |                                                                          |
|               | د   |                                                                                                                                      | ح  |         | م  |        |                                  |                                        |                                                                          |
|               |     |                                                                                                                                      | ط  |         |    |        |                                  |                                        |                                                                          |
|               |     |                                                                                                                                      |    |         |    |        |                                  |                                        |                                                                          |

### ۳) رئیس، مدیر عامل (یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان)

۳-۱) رئیس بیمارستان از جهت تحصیلات و تجربه، به ترتیب ارجحیت دارای شرایط ذیل می‌باشد:

۳-۱-۱) دارا بودن مدرک دکترای یکی از گرایش‌های مدیریت \*در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۳-۱-۲) دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه تحصیلات دانشگاهی مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۳-۱-۳) دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه مدرک Mini MBA مدیریت بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت و حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

\*تذکر: دکترای مدیریت با گرایش‌های مختلف در صورتی که فرد دارای فوق لیسانس و لیسانس مرتبط با امور سلامت باشد امتیازاین استاندارد را کسب می‌نماید.

سنجه. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده به عنوان رئیس بیمارستان طی حکمی از سوی مسئول ذیربط انتخاب شده‌است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | امتیاز | غ.ق.ا |
|---------------|-----|------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
|               | الف | مندرجات استاندارد                  | ه  |         | ی  | در صورتی که رئیس بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد، هیچ امتیازی به‌این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:<br>دارا بودن مدرک دکترای یکی از گرایش‌های مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت (۷ امتیاز)<br>دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه تحصیلات دانشگاهی مدیریت در رشته‌های مرتبط با امور سلامت (۶ امتیاز)<br>دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی به همراه مدرک MiniMBA مدیریت بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت (۵ امتیاز)<br>دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای دکترای مدیریت (۳ امتیاز)<br>دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای پزشک دارای تحصیلات دانشگاهی مدیریتی (۲ امتیاز)<br>دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای پزشک دارای مدرک MiniMBA مدیریت بیمارستانی مورد تایید وزارت بهداشت (۱ امتیاز) |        |       |
|               | ب   |                                    | و  |         | ک  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |       |
|               | ج   | در پرونده پرسنلی<br>رئیس بیمارستان | ز  |         | ل  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |       |
|               | د   |                                    | ح  |         | م  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |       |
|               |     |                                    | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |       |

\*\*تذکر: امضای مسئول مربوطه، مسئول فعلی یا مسئول وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.



۲-۳) رئیس بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می‌نماید.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند رئیس بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می‌نماید.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                   | امتیاز                                                                                                                                                                |   |                                                                                                                               |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |         |    |         |    |                                                                                                          | ۰                                                                                                                                                                     | ۱ | ۲                                                                                                                             |
| ۱             | الف |         | ه  |         | ی  | روسا و مسئولین بخش‌ها و واحدها                                                                           | حتی اگر یک نفر اظهار کند که ایشان به صورت تمام وقت در این سمت نیستند و مستنداتی همچون برنامه نوبت‌کاری و... نیز تایید کند که ایشان در سمت دیگری هم مشغول فعالیت هستند |   | هر ۵ نفر اظهار کنند که ایشان به صورت تمام وقت در این سمت فعالیت می‌کنند و مستندات و شواهدی نیز برخلاف این اظهارات موجود نباشد |
|               | ب   |         | و  |         | ک  | آیا رئیس بیمارستان به صورت تمام وقت در این سمت فعالیت می‌نمایند یا کار بالینی یا اجرایی دیگری هم دارند؟* |                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                               |
|               | ج   |         | ز  |         | ل  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                               |
|               | د   |         | ح  |         | م  | ۵ نفر                                                                                                    |                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                               |
|               |     |         | ط  |         |    |                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                               |

\*تذکر: در صورتی که رئیس بیمارستان عضو هیات علمی دانشگاه باشند، فعالیت آموزشی و پژوهشی ایشان بلامانع است.

سنجه ۲. بیمارستان آموزشی هیئت امنایی خط مشی و روش خود را جهت اطمینان از این که تمامی پزشکان به ویژه رییس بیمارستان و معاونین وی، تمام وقت جغرافیایی هستند و در عمل نیز از موازین مربوطه تبعیت می نمایند، تدوین نموده و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.ا                            |
| ۲             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | در بیمارستان های غیر هیئت امنایی |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه ۲ استاندارد ۲-۳ مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |

## ۴) مدیر بیمارستان یا مسئول پست متناظر آن در بیمارستان

۴-۱) مدیر بیمارستان از نظر تحصیلات واجد شرایط ذیل است:

۴-۱-۱) دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان‌های سابق یا مدیریت بیمارستانی) و به ترتیب ۴، ۳ و ۲ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان‌های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سنجه. فردی دارای مدرک تحصیلی و تجربه منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده در متن استاندارد، طی حکمی\* از سوی مسئول ذیربط، به عنوان مدیر بیمارستان منصوب شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | غ.ق.۱ |  |
|---------------|-----|------------------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
|               | الف | مندرجات استاندارد                  | ه  |         | ی  |        | در صورتی که مدیر بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می شود:<br>- دارا بودن مدرک دکترا در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان های سابق) (۶ امتیاز)<br>- دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان های سابق یا مدیریت بیمارستانی) (۵ امتیاز)<br>- دارا بودن مدرک کارشناسی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (رشته اداره امور بیمارستان های سابق) (۴ امتیاز)<br>- دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای دکترا (۲ امتیاز)<br>- دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای کارشناسی ارشد (۲ امتیاز)<br>- دارا بودن حداقل ۴ سال سابقه کار اجرایی و مدیریتی در اداره امور مرتبط با مراکز و سازمان های خدمات درمانی و مورد تایید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای کارشناس (۲ امتیاز) |       |  |
|               | ب   |                                    | و  |         | ک  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |  |
|               | ج   | در پرونده پرسنلی<br>مدیر بیمارستان | ز  |         | ل  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |  |
|               | د   |                                    | ح  |         | م  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |  |
|               |     |                                    |    |         |    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |  |
|               |     |                                    | ط  |         |    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |  |

\* تذکر: امضای مسئول مربوطه، مسئول فعلی یا وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

۴-۲) مدیر بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند مدیر بیمارستان به صورت تمام وقت در این پست انجام وظیفه می نماید.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                   | امتیاز                                                                                                                                                                                                        |   |                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |         |    |                                                                                                          | ۰                                                                                                                                                                                                             | ۱ | ۲                                                                                                                              | غ.ق.ا |
|               | الف |         | ه  |         | ی  | مسئولین واحدها                                                                                           | حتی اگر یک نفر اظهار کند که ایشان به صورت تمام وقت در این سمت نیستند و شواهد و مستندات هم چون مکاتبات اداری به امضای ایشان یا حضورشان در محل مربوطه نیز تایید کند که ایشان در سمت دیگری هم مشغول فعالیت هستند |   | هر ۵ نفر اظهار کنند که ایشان به صورت تمام وقت در این سمت فعالیت می کنند و مستندات و شواهدی نیز بر خلاف این اظهارات موجود نباشد |       |
|               | ب   |         | و  |         | ک  | آیا مدیر بیمارستان به صورت تمام وقت در این سمت فعالیت می نمایند یا کار بالینی یا اجرایی دیگری هم دارند؟* |                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                |       |
|               | ج   |         | ز  |         | ل  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                |       |
|               | د   |         | ح  |         | م  | ۵ نفر                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                |       |
|               |     |         | ط  |         |    |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                |       |

\*تذکر: در صورتی که مدیر بیمارستان عضو هیات علمی دانشگاه باشند، فعالیت آموزشی و پژوهشی ایشان بلامانع است.

## ۵) مدیریت فعالیت های آموزشی و پژوهشی. (با تبعیت از استانداردهای اعتباربخشی آموزشی معاونت آموزشی وزرات متبوع)

۵-۱) مدیریت ارشد بیمارستان در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می نماید.

۵-۱-۱) خط مشی ها و روش ها در خصوص چارچوب ارائه خدمات توسط فراگیران، با تبعیت از قوانین، مقررات و استانداردهای اعتباربخشی آموزشی، تدوین شده است.

۵-۱-۲) مسئولیت ها و شرح وظایف کارآموزان و کارورزان و سایر گروه های تحت آموزش در خصوص مراقبت از بیماران مدون شده است.

۵-۱-۳) کارآموزان، کارورزان و دستیاران، خدمات مراقبتی را تحت نظارت افراد واجد صلاحیت (مطابق با قوانین، مقررات، استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و خط مشی ها) ارائه می نمایند

تذکر: استانداردهای ۵-۱-۱، ۵-۱-۲ و ۵-۱-۳ در بیمارستان های غیرآموزشی غیرقابل ارزیابی هستند.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۱. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد کارآموزان پزشکی در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                        | ۱                                                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.۱                      |
| ۱             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                        | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                             | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | در بیمارستان‌های غیرآموزشی |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۲ استاندارد ۵-۱ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |

سنجه ۲. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد کارورزان پزشکی در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                          | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                  |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.۱                       |
| ۲             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | در بیمارستان‌های غیر آموزشی |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۳ استاندارد ۱-۵ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                           | ک  |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                          | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                               | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                  |    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                  |    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۳. خط مشی‌ها و روش‌ها درخصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد دستیاران سال اول در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ۳             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۴ استاندارد ۱-۵ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | در بیمارستان‌های غیرآموزشی                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

تذکر: ارزیابان محترم توجه داشته باشند که در بیمارستان‌های آموزشی، دستیاران سال اول در ۶ ماه اول دوره دستیاری بدون نظارت مستقیم و حضور ناظرین واحد صلاحیت (مطابق قوانین و مقررات و خط مشی‌ها)، بیماران اورژانسی را ویزیت نمی‌نمایند و لازم است این نکته در خط مشی و روش مربوطه لحاظ شده باشد.

سنجه ۴. خط مشی‌ها و روش‌ها در خصوص محدوده فعالیت، شرح وظایف کلی و نحوه نظارت بر عملکرد دانشجویان پیراپزشکی در بیمارستان به منظور اطمینان از رعایت‌ایمنی بیمار و آموزش گیرنده، با تبعیت از قوانین و مقررات معاونت آموزشی، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                             | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                            |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                     |    |                                       | ۰                                                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                                     | غ.ق.ا                      |
| ۴             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>۰-۲                          | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>۳-۶<br>یا<br>مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>۳-۶                               | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                   | در بیمارستان‌های غیرآموزشی |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه ۵ استاندارد ۱-۵ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                              | ک  |                                       | مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>۳-۶<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                            |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                             | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                            |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                  | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                            |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                     |    |                                       |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                            |
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                     |    |                                       |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                       |                            |



۵-۴) امکانات و تسهیلات آموزشی مناسب همچون مولاژ و مرکز آموزش مهارت‌های بالینی (skill lab) جهت ممانعت از انجام آموزش غیر ضروری فراگیران بر بالین بیمار، موجود هستند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند مرکز آموزش مهارت‌های بالینی فعال است، فهرستی از آموزش‌های قابل ارائه در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی\* که یادگیری آن‌ها مستلزم حضور بر بالین بیمار نمی‌باشد و چک لیست تجهیزات و امکانات مورد نیاز جهت ارائه آموزش موجود است، در فواصل زمانی معین و منظم تکمیل می‌گردد، در صورت کمبود یا خرابی امکانات و تجهیزات، طی فرایند مدونی، مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                              | کد | مشاهدات                          | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                          |                                                       |                                                                              |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------|----|--------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                                      |    |                                  |    |        | ۰                                                                               | ۱                                                     | ۲                                                                            | غ.ق.۱ |
|               | الف | فهرست مورد اشاره در سنجه و چک لیست امکانات و تجهیزات لازم که موجود، سالم، ایمن و آماده به کار بودن امکانات و تجهیزات را کنترل می‌کند                                 | ه  | وجود مرکز آموزش مهارت‌های بالینی | ی  |        | بیمارستان مرکز آموزش مهارت‌های بالینی دارد                                      | بیمارستان مرکز آموزش و چک لیست موجود است              | بیمارستان مرکز آموزش مهارت‌های بالینی دارد                                   |       |
|               | ب   | در صورتی که فهرست امکانات و تجهیزات این مرکز از سازمان‌های بالادستی ابلاغ نشده باشد، بیمارستان با توجه به فهرست آموزش‌های ارائه شده در این مرکز آن را تهیه نموده است | و  |                                  | ک  |        | بیمارستان مرکز آموزش مهارت‌های بالینی ندارد یا فهرست و چک لیست مذکور موجود نیست | چک لیست موجود است اما بخشی از شرایط بند «الف» را دارد | بیمارستان مرکز آموزش مهارت‌های بالینی دارد و فهرست و چک لیست مذکور موجود است |       |
|               | ج   | در این واحد یا مرکز آموزش مهارت‌های بالینی                                                                                                                           | ز  |                                  | ل  |        |                                                                                 |                                                       |                                                                              |       |
|               | د   |                                                                                                                                                                      | ح  |                                  | م  |        |                                                                                 |                                                       |                                                                              |       |
|               |     |                                                                                                                                                                      | ط  |                                  |    |        |                                                                                 |                                                       |                                                                              |       |
|               |     |                                                                                                                                                                      |    |                                  |    |        |                                                                                 |                                                       |                                                                              |       |

\*تذکر: وجود مرکز آموزش مهارت‌های بالینی خاص بیمارستان‌های آموزشی نیست و در بیمارستان‌های غیر آموزشی نیز برای تقویت مهارت‌های عملی کارکنان و جلوگیری از به خطر افتادن ایمنی بیمار، مفید است و بنابراین در تمامی بیمارستان‌ها قابل ارزیابی است.

۵-۱-۵) کارکنان بالینی و غیربالینی، به آخرین ویرایش کتب مرجع، حداقل در رابطه با رشته‌ها و تخصص‌های موجود در بیمارستان، دسترسی دارند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کارکنان بالینی و غیربالینی به فرمت الکترونیک یا کاغذی آخرین ویرایش کتب مرجع، حداقل در رابطه با رشته‌ها و تخصص‌های موجود در بیمارستان، دسترسی دارند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                     | کد | مشاهدات                                 | کد | مصاحبه | امتیاز                                                      |                                     |                                  |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
|               |     |                                                                                             |    |                                         |    |        | ۰                                                           | ۱                                   | ۲ غ.ق.ا                          |
|               | الف | فهرست رشته‌ها و تخصص‌های بالینی و غیربالینی موجود در بیمارستان و آخرین ویرایش کتب مرجع هریک | ه  | دسترسی به فرمت کاغذی یا الکترونیک آن‌ها | ی  |        | مستندات بند «الف» موجود نیستند<br>یا<br>۱-۰ مرجع موجود باشد | مستندات بند «الف» موجودند           | مستندات بند «الف» موجودند        |
|               | ب   | تایید شده از طریق درج امضای مسئول هر بخش و واحد در ستون مقابل کتب مرجع در فهرست بند «الف»   | و  |                                         | ک  |        |                                                             | اما<br>شرایط بند «ب» را نداشته باشد | و<br>شرایط بند «ب» را داشته باشد |
|               | ج   | دراین واحد یا کتابخانه                                                                      | ز  | ۵ مورد از فهرست به صورت تصادفی          | ل  |        |                                                             | یا<br>۲-۳ مرجع موجود باشند          | و<br>۴-۵ مرجع موجود باشند        |
|               | د   |                                                                                             | ح  |                                         | م  |        |                                                             |                                     |                                  |
|               |     |                                                                                             | ط  |                                         |    |        |                                                             |                                     |                                  |

۵-۲) مدیریت ارشد بیمارستان در تعامل با متولیان تصویب طرح‌های پژوهشی، در رابطه با موارد ذیل اطمینان حاصل می‌نماید:

۵-۲-۱) لحاظ شدن اولویت‌های پژوهشی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و شرایط خاص هر بیمارستان، منطقه و جمعیت تحت پوشش آن با نگاه ویژه به ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی در تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی

سنجه. خط مشی و روش مدونی جهت لحاظ شدن اولویت‌های پژوهشی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و شرایط خاص هر بیمارستان، منطقه و جمعیت تحت پوشش آن با نگاه ویژه به ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی در تصویب و اجرای طرح‌های پژوهشی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

تذکر: در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی نیز باید اولویت‌های پژوهشی بیمارستان مشخص شده باشند اما این امر می‌تواند با توجه به نیازهای خاص بیمارستان یا سازمانی که بیمارستان به آن وابسته است، صورت گرفته باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                                | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                        |    |                                       | ۰                                                                                                                                           | ۱                                                                                                                                                                                                          | ۲                                                                                                                                                                   | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                       | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                           | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد ۱-۲-۵ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                                 | ک  |                                       | یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                           |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |       |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                     | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                        |    |                                       |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |       |

۵-۲-۲) استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی و ارتقای سطح سلامت فرد و جامعه

سنجه. بیمارستان، خط مشی و روش مدونی جهت تشویق استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی و غیربالینی و ارتقای سطح سلامت فرد و جامعه با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد ۵-۲-۲ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |

۵-۲-۳) رعایت قوانین، مقررات، آیین نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و استانداردهای ابلاغی از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع

سنجه. بیمارستان خط مشی و روش مدونی جهت رعایت قوانین، مقررات، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و استانداردهای ابلاغی از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |                                                                                                                                    |    |                                       | ۰                                                                                                                                     | ۱                                                                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                 | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                      | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد ۵-۲-۳ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                                             | ک  |                                       | ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                    | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                               |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                                    |    |                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |

## ۶) مدیریت خطر

۶-۱) بیمارستان برنامه مدیریت خطر را حداقل در موارد ذیل اجرا می نماید:

۶-۱-۱) مشکلات ساختمان

۶-۱-۲) مشکلات تاسیسات

۶-۱-۳) از بین رفتن خدمات رایانه‌ای (بخش فناوری اطلاعات)

۶-۲-۴) خرابی تجهیزات اصلی

۶-۲-۵) کمبود یا اتمام اعتبارات

۶-۲-۶) برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان

۶-۲-۷) غفلت و اشتباهات کارکنان

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برنامه مدیریت خطر مدون (با استفاده از مدل‌های معتبری\* چون مدل شناسایی مخاطرات<sup>۲</sup> FMEA) در زمینه مشکلات ساختمان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                    | کد | مشاهدات                                             | کد | مصاحبه                             | امتیاز                                                                 |                                                                        |                                                                       |                                                                       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|----|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                            |    |                                                     |    |                                    | ۰                                                                      | ۱                                                                      | ۲                                                                     | غ.ق.۱                                                                 |
| ۱             | الف | برنامه مدیریت خطر                                                                                          | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس مستندات<br>اجرای برنامه | ی  | کارکنان مرتبط                      | برنامه وجود ندارد                                                      | برنامه وجود دارد                                                       | برنامه وجود دارد                                                      | برنامه وجود دارد                                                      |
|               | ب   | در زمینه مشکلات ساختمان<br>و<br>ترجیحاً با استفاده از مدل<br>شناسایی مخاطرات FMEA<br>و<br>مستندات اجرای آن | و  | در قسمت‌های<br>مختلف ساختمان                        | ک  | با توجه به مستندات<br>اجرای برنامه | یا<br>براساس مستندات<br>اجرا نمی‌شود                                   | اما<br>براساس مستندات بخشی<br>از آن اجرا می‌شود                        | و<br>براساس مدل توصیه شده یا<br>سایر مدل‌های معتبر است                | و<br>براساس مستندات تمام<br>آن اجرا می‌شود                            |
|               | ج   | در این واحد یا واحد ساختمان                                                                                | ز  |                                                     | ل  |                                    | یا<br>براساس مشاهدات<br>۰-۱ مورد اجرا شده                              | براساس مشاهدات ۲-۳<br>مورد اجرا شده                                    | و<br>براساس مشاهدات<br>۴-۵ مورد اجرا شده                              | و<br>براساس مشاهدات                                                   |
|               | د   |                                                                                                            | ح  | ۵ مورد                                              | م  | ۵ نفر                              | یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۰-۱ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید | یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۲-۳ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید | و<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۴-۵ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید | و<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۴-۵ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید |
|               |     |                                                                                                            | ط  |                                                     |    |                                    |                                                                        |                                                                        |                                                                       |                                                                       |
|               |     |                                                                                                            |    |                                                     |    |                                    |                                                                        |                                                                        |                                                                       |                                                                       |

\* تذکر: مدل‌های معتبر باید براساس کتب مرجع یا مقالات چاپ شده در مجلات علمی پژوهشی باشد.

سنجه ۲. برنامه مدیریت خطر مدون (با استفاده از مدل‌های معتبری چون مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه مشکلات تاسیسات\* وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                   | کد | مشاهدات                                             | کد | مصاحبه                             | امتیاز                                                                 |                                                                  |                                                                       |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|----|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                           |    |                                                     |    |                                    | ۰                                                                      | ۱                                                                | ۲                                                                     | غ.ق.ا |
| ۲             | الف | برنامه مدیریت خطر                                                                                         | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس مستندات<br>اجرای برنامه | ی  | کارکنان مرتبط                      | برنامه وجود ندارد                                                      | برنامه وجود دارد<br>اما                                          | برنامه وجود دارد                                                      |       |
|               | ب   | در زمینه مشکلات تاسیسات<br>و<br>ترجیحا با استفاده از مدل<br>شناسایی مخاطرات FMEA<br>و<br>مستندات اجرای آن | و  |                                                     | ک  | با توجه به مستندات<br>اجرای برنامه | یا<br>براساس مستندات<br>اجرا نمی‌شود                                   | براساس مستندات بخشی<br>از آن اجرا می‌شود                         | براساس مدل توصیه شده یا<br>سایر مدل‌های معتبر است                     |       |
|               | ج   | دراین واحد یا واحد<br>فناوری اطلاعات                                                                      | ز  |                                                     | ل  |                                    | یا<br>براساس مشاهدات ۱-۰<br>مورد اجرا شده                              | براساس مشاهدات<br>۳-۲ مورد اجرا شده                              | و<br>براساس مشاهدات<br>۴-۵ مورد اجرا شده                              |       |
|               | د   |                                                                                                           | ح  | ۵ مورد                                              | م  | ۵ نفر                              | یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۱-۰ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید | براساس مصاحبه، اظهارات<br>۳-۲ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید | و<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۴-۵ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید |       |
|               |     |                                                                                                           | ط  |                                                     |    |                                    |                                                                        |                                                                  |                                                                       |       |

\* به‌عنوان مثال بیمارستان باید دراین برنامه به موارد ذیل توجه نماید:

**هشدارها:** اطمینان از صحت عملکرد سیستم‌های هشدار و اعلام خطر مانند آژیرهای مربوط به فشار بیش از حد یا کمبود آب در دیگ‌های بخار، نصب تابلوهای هشدار و اعلان خطر در خصوص عدم تماس چربی با کپسول‌های اکسیژن جهت پیشگیری از انفجار

**کنترل‌ها:** اطمینان از دسترسی سریع به کپسول‌های ذخیره گازهای طبی (اکسیژن، N<sub>2</sub>O و هوای فشرده ساکشن) و نگهداری ایمن آن‌ها، کفایت منابع آب مصرفی و پیش‌بینی منابع آب ذخیره سالم و در گردش، کنترل دما و سطح آب در برج‌های خنک کننده و سیستم‌های سرمایشی برای پیش‌گیری از یخ زدگی. کنترل رادیاتورها، ژنراتورها، سیستم‌های گرمایشی و آسانسورها بازدید و ثبت نتایج بررسی هواسازها و فیلترهای مرتبط از جمله فیلتر هپا، هوا و روغن و...



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۳. برنامه مدیریت خطر مدون (با استفاده از مدل‌های معتبری چون مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه از بین رفتن خدمات رایانه‌ای و بخش فناوری اطلاعات وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                        | کد | مشاهدات                                             | کد | مصاحبه                             | امتیاز                                                                 |                                                                  |                                                                       |                                                                       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|----|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                                |    |                                                     |    |                                    | ۰                                                                      | ۱                                                                | ۲                                                                     | غ.ق.ا                                                                 |
| ۳             | الف | برنامه مدیریت خطر                                                                                                                              | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس مستندات<br>اجرای برنامه | ی  | کارکنان مرتبط                      | برنامه وجود ندارد                                                      | برنامه وجود دارد                                                 | برنامه وجود دارد                                                      | برنامه وجود دارد                                                      |
|               | ب   | در زمینه از بین رفتن خدمات<br>رایانه‌ای و بخش فناوری اطلاعات<br>و<br>ترجیحا با استفاده از مدل<br>شناسایی مخاطرات FMEA<br>و<br>مستندات اجرای آن | و  |                                                     | ک  | با توجه به مستندات<br>اجرای برنامه | یا<br>براساس مستندات<br>اجرا نمی‌شود                                   | براساس مستندات بخشی<br>از آن اجرا می‌شود                         | براساس مدل توصیه شده یا<br>سایر مدل‌های معتبر است                     | و<br>براساس مستندات تمام<br>آن اجرا می‌شود                            |
|               | ج   | در این واحد یا واحد<br>فناوری اطلاعات                                                                                                          | ز  |                                                     | ل  |                                    | یا<br>براساس مشاهدات ۱-۰<br>مورد اجرا شده                              | براساس مشاهدات ۳-۲<br>مورد اجرا شده                              | مورد اجرا شده                                                         | و<br>براساس مشاهدات ۵-۴<br>مورد اجرا شده                              |
|               | د   |                                                                                                                                                | ح  | ۵ مورد                                              | م  | ۵ نفر                              | یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>نفر ۱-۰ مستندات<br>اجرا را تایید نماید | براساس مصاحبه، اظهارات<br>نفر ۳-۲ مستندات<br>اجرا را تایید نماید | و<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>نفر ۵-۴ مستندات<br>اجرا را تایید نماید | و<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>نفر ۵-۴ مستندات<br>اجرا را تایید نماید |
|               |     |                                                                                                                                                | ط  |                                                     |    |                                    |                                                                        |                                                                  |                                                                       |                                                                       |
|               |     |                                                                                                                                                |    |                                                     |    |                                    |                                                                        |                                                                  |                                                                       |                                                                       |

سنجه ۴. برنامه مدیریت خطر مدون (با استفاده از مدل‌های معتبری چون مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه خرابی تجهیزات اصلی وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                             | کد | مصاحبه        | امتیاز                                                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                                                                            |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|----|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                           |    |                                                     |    |               | ۰                                                                                                                   | ۱                                                                                                                   | ۲                                                                                                                                                          | غ.ق.ا |
| ۴             | الف | برنامه مدیریت خطر<br>و<br>فهرست تجهیزات اصلی بیمارستان<br>اعم از تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی<br>که از نظر بیمارستان اصلی است | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس مستندات<br>اجرای برنامه | ی  | کارکنان مرتبط | مستندات بند «الف»<br>وجود ندارد<br>یا<br>براساس مستندات<br>اجرا نمی‌شود                                             | برنامه وجود دارد<br>اما<br>براساس مستندات بخشی<br>از آن اجرا می‌شود                                                 | برنامه وجود دارد<br>و<br>براساس مدل توصیه<br>شده یا سایر مدل‌های<br>معتبر است                                                                              |       |
|               | ب   | در زمینه خرابی تجهیزات اصلی<br>و<br>ترجیحاً با استفاده از مدل<br>شناسایی مخاطرات FMEA<br>و<br>مستندات اجرای آن            | و  | با توجه به مستندات<br>اجرای برنامه                  | ک  |               | یا<br>براساس مشاهدات<br>مورد ۱-۰ اجرا شده<br>یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۱-۰ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید | یا<br>براساس مشاهدات<br>مورد ۳-۲ اجرا شده<br>یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۳-۲ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید | براساس مستندات تمام<br>آن اجرا می‌شود<br>و<br>براساس مشاهدات<br>مورد ۵-۴ اجرا شده<br>و<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۵-۴ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                                | ز  |                                                     | ل  |               |                                                                                                                     |                                                                                                                     |                                                                                                                                                            |       |
|               | د   |                                                                                                                           | ح  | ۵ مورد                                              | م  | ۵ نفر         |                                                                                                                     |                                                                                                                     |                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                           | ط  |                                                     |    |               |                                                                                                                     |                                                                                                                     |                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                           |    |                                                     |    |               |                                                                                                                     |                                                                                                                     |                                                                                                                                                            |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۵. برنامه مدیریت خطر مدون (با استفاده از مدل‌های معتبری چون مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه کمبود یا اتمام اعتبارات وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                          | امتیاز                                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |         |    |                                 | ۰                                                                                                                          | ۱                                                                                                                                    | ۲                                                                                                                                                                                     | غ.ق.ا |
| ۵             | الف | برنامه مدیریت خطر                                                                                               | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط                   | برنامه وجود ندارد<br>یا<br>براساس مستندات اجرا نمی‌شود<br>یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات ۰-۱ نفر مستندات اجرا را تایید نماید | برنامه وجود دارد<br>اما<br>براساس مستندات بخشی از آن اجرا می‌شود<br>یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات ۲-۳ نفر مستندات اجرا را تایید نماید | برنامه وجود دارد<br>و<br>براساس مدل توصیه شده یا سایر مدل‌های معتبر است<br>و<br>براساس مستندات تمام آن اجرا می‌شود<br>و<br>براساس مصاحبه، اظهارات ۴-۵ نفر مستندات اجرا را تایید نماید |       |
|               | ب   | در زمینه کمبود یا اتمام اعتبارات<br>و<br>ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA<br>و<br>مستندات اجرای آن | و  |         | ک  | با توجه به مستندات اجرای برنامه |                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                      | ز  |         | ل  |                                 |                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |       |
|               | د   |                                                                                                                 | ح  |         | م  | ۵ نفر                           |                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |         |    |                                 |                                                                                                                            |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                       |       |

سنجه ۶: برنامه مدیریت خطر مدون (با استفاده از مدل‌های معتبری چون مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                          | امتیاز                                                                                                                           |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                   |    |         |    |                                 | ۰                                                                                                                                | ۱                                                                                                                | ۲                                                                                                                                                                  | غ.ق.۱ |
| ۶             | الف | برنامه مدیریت خطر                                                                                                 | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط                   | برنامه وجود ندارد                                                                                                                | برنامه وجود دارد                                                                                                 | برنامه وجود دارد                                                                                                                                                   |       |
|               | ب   | در زمینه برنامه و بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان و ترجیحا با استفاده از مدل شناسایی مخاطرات FMEA و مستندات اجرای آن | و  |         | ک  | با توجه به مستندات اجرای برنامه | یا<br>برنامه وجود ندارد<br>یا<br>براساس مستندات اجرا نمی‌شود<br>یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات ۲-۰ نفر مستندات اجرا را تایید نماید | اما<br>براساس مستندات بخشی از آن اجرا می‌شود<br>یا<br>براساس مصاحبه، اظهارات ۶-۳ نفر مستندات اجرا را تایید نماید | و<br>براساس مدل توصیه شده یا سایر مدل‌های معتبر است<br>و<br>براساس مستندات تمام آن اجرا می‌شود<br>و<br>براساس مصاحبه، اظهارات ۱۰-۷ نفر مستندات اجرا را تایید نماید |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                        | ز  |         | ل  |                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |
|               | د   |                                                                                                                   | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                          |                                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |
|               |     |                                                                                                                   | ط  |         |    |                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۷. برنامه مدیریت خطر مدون (با استفاده از مدل‌های معتبری چون مدل شناسایی مخاطرات FMEA) در زمینه غفلت و اشتباهات کارکنان وجود دارد و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                    | کد | مشاهدات                                             | کد | مصاحبه                             | امتیاز                                                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------|----|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                            |    |                                                     |    |                                    | ۰                                                                                                          | ۱                                                                                                                    | ۲                                                                                                                                                                                                                                     | غ.ق.۱ |
| ۷             | الف | برنامه مدیریت خطر                                                                                                          | ه  | موارد قابل مشاهده<br>براساس مستندات<br>اجرای برنامه | ی  | کارکنان مرتبط                      | برنامه وجود ندارد                                                                                          | برنامه وجود دارد                                                                                                     | برنامه وجود دارد                                                                                                                                                                                                                      |       |
|               | ب   | در زمینه غفلت و اشتباهات کارکنان<br><br>و<br>ترجیحا با استفاده از مدل<br>شناسایی مخاطرات FMEA<br><br>و<br>مستندات اجرای آن | و  |                                                     | ک  | با توجه به مستندات<br>اجرای برنامه | برنامه وجود ندارد<br>یا<br>براساس مستندات<br>اجرا نمی‌شود<br><br>یا<br>براساس مشاهدات ۲-۰<br>مورد اجرا شده | برنامه وجود دارد<br>اما<br>براساس مستندات بخشی<br>از آن اجرا می‌شود<br><br>یا<br>براساس مشاهدات<br>۳-۶ مورد اجرا شده | براساس مدل توصیه<br>شده یا سایر مدل‌های<br>معتبر است<br><br>و<br>براساس مستندات تمام<br>آن اجرا می‌شود<br><br>و<br>براساس مشاهدات<br>۱۰-۷ مورد اجرا شده<br><br>و<br>براساس مصاحبه، اظهارات<br>۱۰-۷ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                                                 | ز  |                                                     | ل  |                                    |                                                                                                            | یا                                                                                                                   | یا                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|               | د   |                                                                                                                            | ح  | ۱۰ مورد                                             | م  | ۱۰ نفر                             | براساس مصاحبه، اظهارات<br>۲-۰ نفر مستندات<br>اجرا را تایید نماید                                           | یا<br>براساس مصاحبه،<br>اظهارات ۳-۶ نفر<br>مستندات اجرا را<br>تایید نماید                                            |                                                                                                                                                                                                                                       |       |
|               |     |                                                                                                                            | ط  |                                                     |    |                                    |                                                                                                            |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                       |       |

※تذکر: لازم است مسئول واحد بهداشت حرفه‌ای و طب کار در تدوین و اجرای برنامه‌ی مدیریت خطر مشارکت داشته باشد.

**(۷) مدیریت بحران/بلايا**

۷-۱) بیمارستان برنامه مستندی جهت مقابله با بلايا و همچنین بحران‌هایی مانند رسیدن تعداد بیمار بیش از ظرفیت بیمارستان دارد که حداقل شامل موارد ذیل است:

۷-۱-۱) فهرستی از اعضای تیم پاسخ اضطراری شامل مدیران، پزشکان، پرستاران، گروه‌های پاراکلینیک، پشتیبانی و... با ذکر سمت آن‌ها در زمان بروز بحران

سنجه. فهرستی از اعضای تیم پاسخ اضطراری شامل مدیران، پزشکان، پرستاران، گروه‌های پاراکلینیک، پشتیبانی و... با ذکر سمت آن‌ها در زمان بروز بحران وجود دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                      | امتیاز                                        |                          |                            |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------|
|               |     |                                                                          |    |         |    |                                             | ۰                                             | ۱                        | ۲                          | غ.ق.ا |
|               | الف | فهرست اسامی و سمت (سمت معمول و سمت در زمان بحران) اعضای تیم پاسخ اضطراری | ه  |         | ی  | افرادی که نام آن‌ها در فهرست مذکور است      | فهرست موجود نیست یا حتی یک نفر پاسخ صحیح ندهد | فهرست موجود است          | فهرست موجود است            |       |
|               | ب   | شامل موارد مندرج در استاندارد                                            | و  |         | ک  | در خصوص سمت و نقش آن‌ها در تیم پاسخ اضطراری |                                               | هر ۵ نفر پاسخ صحیح بدهند | و هر ۵ نفر پاسخ صحیح بدهند |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                               | ز  |         | ل  | در بیمارستان                                |                                               | اما                      | و                          |       |
|               | د   |                                                                          | ح  |         | م  | ۵ نفر                                       |                                               | شامل تمام موارد بندهای   | شامل تمام موارد بندهای     |       |
|               |     |                                                                          | ط  |         |    |                                             |                                               | «الف و ب» نیست           | «الف و ب» است              |       |

۷-۱-۲) فهرستی از مراکز ارجاع\* که قبلا با آنها هماهنگ شده است.

سنجه. فهرست مراکز ارجاع براساس برنامه مدیریت بحران و بلایا وجود دارد و شواهد و مستندات نشان می‌دهند که از قبل با مراکز مذکور هماهنگی لازم به عمل آمده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                                                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                             | امتیاز                                                                                                                               |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                                                                                 |    |         |    |                                                                                                                                                    | ۰                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                         | ۲                                                                                                                                                                          | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه مدیریت بحران و<br>بلایای بیمارستان<br><br>و<br>فهرست مراکز ارجاع با<br>توجه به برنامه مذکور<br><br>و<br>مستندات هماهنگی قبلی<br>با مراکز مورد اشاره در<br>فهرست سنجه (مانند تفاهم<br>نامه یا سند همکاری) | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط در مراکز مذکور<br>و در بیمارستان که براساس روش<br>انجام کار باید به سرعت اقدامات را<br>مطابق روش تدوین شده شروع کنند                 | برنامه مدیریت بحران<br>و بلایا وجود ندارد<br><br>یا<br>فهرست مذکور<br>موجود نیست<br><br>یا<br>مستندات بندهای<br>«الف و ب» وجود ندارد | مستندات بند «الف»<br>وجود دارد<br><br>اما<br>مستندات بند «ب»<br>موجود نیست<br><br>یا<br>اظهارات ۲ نفر موید<br>مستندات است | برنامه مدیریت بحران<br>و بلایا وجود دارد<br><br>و<br>فهرست مذکور موجود است<br><br>و<br>مستندات بندهای<br>«الف و ب» وجود دارد<br><br>و<br>اظهارات ۳ نفر موید<br>مستندات است |       |
|               | ب   | مشخص بودن روش انجام کار<br>در صورت بروز بلایا و بحران                                                                                                                                                           | و  |         | ک  | در خصوص این که آیا چنین<br>هماهنگی صورت گرفته یا خیر و<br>چه اقداماتی برای شروع عملیات،<br>انجام می‌شود. (با توجه به روش<br>مورد اشاره در بند «ب») | مستندات بندهای<br>«الف و ب» وجود ندارد<br><br>یا<br>اظهارات ۱-۰ نفر موید<br>مستندات است                                              |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                                                                                    | ز  |         | ل  |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |       |
|               | د   |                                                                                                                                                                                                                 | ح  |         | م  | ۳ نفر (حضوری یا تلفنی) از<br>بیمارستان و مراکز یاد شده                                                                                             |                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                                                 | ط  |         |    |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                                                 |    |         |    |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |       |

\*تذکر: منظور از مراکز ارجاع، نهادها، سازمان‌ها و مراکزی مانند آتش‌نشانی، شهرداری و ... است و نه فقط بیمارستان‌ها و مراکز درمانی

۷-۳) برنامه‌ای جهت فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده

سنجه. برنامه‌ای جهت فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین‌های تعیین شده موجود است و اعضای تیم از آن مطلع هستند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                             | امتیاز                       |   |                           |
|---------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------|------------------------------|---|---------------------------|
|               |     |                                       |    |         |    |                                    | ۰                            | ۱ | ۲ غ.ق.۱                   |
|               | الف | برنامه فراخوان اعضای تیم پاسخ اضطراری | ه  |         | ی  | اعضای تیم                          | برنامه موجود نباشد           |   | برنامه موجود باشد         |
|               | ب   |                                       | و  |         | ک  | درخصوص نحوه ی فراخوان مطابق برنامه | یا                           |   | و                         |
|               | ج   | دراین واحد                            | ز  |         | ل  |                                    | حتی یکی از اعضا              |   | هر ۵ نفر از               |
|               | د   |                                       | ح  |         | م  | ۵ نفر                              | از نحوه ی فراخوان مطلع نباشد |   | نحوه ی فراخوان مطلع باشند |
|               |     |                                       | ط  |         |    |                                    |                              |   |                           |

۷-۴) وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران تعیین شده است.

سنجه. مستندات مربوط به وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران موجود است و کارکنان مرتبط از آن مطلع هستند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                            | امتیاز                                      |   |                                             |
|---------------|-----|------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---|---------------------------------------------|
|               |     |                                                |    |         |    |                                                                   | ۰                                           | ۱ | ۲ غ.ق.۱                                     |
|               | الف | مستندات وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات اعضای تیم | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط                                                     | مستندات بند «الف» موجود نباشد               |   | مستندات بند «الف» موجود باشد                |
|               | ب   |                                                | و  |         | ک  | درخصوص وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات آن‌ها مطابق مستندات بند «الف» | یا                                          |   | و                                           |
|               | ج   | دراین واحد                                     | ز  |         | ل  |                                                                   | حتی یک نفر از وظایف،                        |   | هر ۵ نفر از وظایف،                          |
|               | د   |                                                | ح  |         | م  | ۵ نفر با ارجحیت افراد کلیدی                                       | مسئولیت‌ها و اختیارات خود اطلاع نداشته باشد |   | مسئولیت‌ها و اختیارات خود اطلاع داشته باشند |
|               |     |                                                | ط  |         |    |                                                                   |                                             |   |                                             |



۷-۱-۵) چگونگی فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران

سنجه. چگونگی فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران مدون شده است و افراد دخیل در برنامه فعال سازی از آن مطلع می‌باشند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                 | امتیاز                                                                                                              |   |                                                                                                                 |
|---------------|-----|---------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                 |    |         |    |                                                        | ۰                                                                                                                   | ۱ | ۲                                                                                                               |
|               | الف | مستندات چگونگی فعال سازی برنامه | ه  |         | ی  | کارکنان مسئول فعال کردن برنامه                         | مستندات بند «الف»<br>موجود نباشد<br>یا<br>حتی یک نفر از نقش<br>خود و چگونگی<br>اقدام براساس آن<br>اطلاع نداشته باشد |   | مستندات بند «الف»<br>موجود باشد<br>و<br>هر ۵ نفر از نقش<br>خود و چگونگی<br>اقدام براساس آن<br>اطلاع داشته باشند |
|               | ب   |                                 | و  |         | ک  | درخصوص نقش آن‌ها در فعال کردن برنامه و چگونگی انجام آن |                                                                                                                     |   |                                                                                                                 |
|               | ج   | دراین واحد                      | ز  |         | ل  |                                                        |                                                                                                                     |   |                                                                                                                 |
|               | د   |                                 | ح  |         | م  | ۵ نفر با ارجحیت افراد کلیدی                            |                                                                                                                     |   |                                                                                                                 |
|               |     |                                 | ط  |         |    |                                                        |                                                                                                                     |   |                                                                                                                 |

۷-۱-۶) حداقل سالی یک بار مانورهای فرضی جهت اجرای برنامه مستند انجام می‌گیرد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند حداقل سالی یک بار مانورهای شبیه سازی شده (بدون تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران) جهت اجرای برنامه مدیریت بلایا و بحران انجام می‌گیرد و تمام کارکنان مطابق برنامه در آن مشارکت می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                        | امتیاز                                                                           |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                           |    |         |    |                                                                                                                                                                               | ۰                                                                                | ۱                                                                                                                          | ۲                                                                                                                       |
|               | الف | مستندات انجام مانور                                                                       | ه  |         | ی  | کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                                                                                 | مستندات انجام مانور<br>موجود نباشد<br>یا<br>اظهارات ۲-۰ نفر<br>موید مستندات باشد | مستندات انجام مانور<br>موجود باشد<br>اما<br>مشخصات بند «ب»<br>را نداشته باشد<br>یا<br>اظهارات ۳-۶ نفر<br>موید مستندات باشد | مستندات انجام مانور<br>موجود باشد<br>و<br>مشخصات بند «ب»<br>را داشته باشد<br>و<br>اظهارات ۷-۱۰ نفر<br>موید مستندات باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه<br>و<br>به‌صورت شبیه سازی شده و بدون<br>تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران | و  |         | ک  | آیا در بیمارستان مانورهای شبیه سازی شده‌ی مقابله با بلایا و بحران اجرا می‌شود و شما و تمامی کارکنان در آن مشارکت می‌نمایید؟ آخرین مورد در چه زمانی برگزار شد؟ نقش شما چه بود؟ |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|               | ج   | دراین واحد                                                                                | ز  |         | ل  |                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|               | د   |                                                                                           | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|               |     |                                                                                           | ط  |         |    |                                                                                                                                                                               |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |

۷-۱-۷) حداقل سالی یکبار مانور آتش نشانی، در بیمارستان انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند حداقل سالی یکبار مانورهای آتش نشانی شبیه سازی شده (بدون تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران) انجام می‌گیرد و تمام کارکنان مطابق برنامه در آن مشارکت می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                   | امتیاز                                                                           |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                           |    |         |    |                                                                                                                                                          | ۰                                                                                | ۱                                                                                                                          | ۲                                                                                                                       |
|               | الف | مستندات انجام مانور آتش نشانی                                                             | ه  |         | ی  | کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                                                            | مستندات انجام مانور<br>موجود نباشد<br>یا<br>اظهارات ۲-۰ نفر<br>موید مستندات باشد | مستندات انجام<br>مانور موجود باشد<br>اما<br>مشخصات بند «ب»<br>را نداشته باشد<br>یا<br>اظهارات ۶-۳ نفر<br>موید مستندات باشد | مستندات انجام<br>مانور موجود باشد<br>و<br>مشخصات بند «ب»<br>را داشته باشد<br>و<br>اظهارات ۱۰-۷ نفر<br>موید مستندات باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه<br>و<br>به صورت شبیه سازی شده و بدون<br>تخلیه واقعی و ایجاد استرس در بیماران | و  |         | ک  | آیا در بیمارستان مانورهای آتش‌نشانی<br>شبیه سازی شده‌ی اجرا می‌شود و شما و<br>تمامی کارکنان در آن مشارکت می‌نمایید؟<br>آخرین مورد در چه زمانی برگزار شد؟ |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|               | ج   | در این واحد                                                                               | ز  |         | ل  |                                                                                                                                                          |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|               | د   |                                                                                           | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|               |     |                                                                                           | ط  |         |    |                                                                                                                                                          |                                                                                  |                                                                                                                            |                                                                                                                         |

۷-۱-۸) اطلاع رسانی کامل به تمامی کارکنان بیمارستان و جلب مشارکت آنان در راستای انجام مانورها انجام می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به تمامی کارکنان بیمارستان در زمینه انجام مانورها و چگونگی مشارکت آن‌ها در برنامه، اطلاع رسانی می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                      | امتیاز                                                                        |                                                                                                                         |                                                                                                                      |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                    |    |         |    |                                                                                             | ۰                                                                             | ۱                                                                                                                       | ۲                                                                                                                    | غ.ق.ا |
|               | الف | مستندات اطلاع رسانی به کارکنان                                     | ه  |         | ی  | کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                               | مستندات اطلاع رسانی موجود نباشد<br>یا<br>اظهارات ۲-۰ نفر<br>موید مستندات باشد | مستندات اطلاع رسانی موجود باشد<br>اما<br>مشخصات بند «ب»<br>را نداشته باشد<br>یا<br>اظهارات ۳-۶ نفر<br>موید مستندات باشد | مستندات اطلاع رسانی موجود باشد<br>و<br>مشخصات بند «ب»<br>را داشته باشد<br>و<br>اظهارات ۷-۱۰ نفر<br>موید مستندات باشد |       |
|               | ب   | به تمامی کارکنان<br>و<br>با ذکر چگونگی مشارکت<br>کارکنان در برنامه | و  |         | ک  | آیا در زمینه انجام مانورها و چگونگی مشارکت کارکنان در آن، به شما اطلاع رسانی می‌شود؟ چگونه؟ |                                                                               |                                                                                                                         |                                                                                                                      |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                         | ز  |         | ل  |                                                                                             |                                                                               |                                                                                                                         |                                                                                                                      |       |
|               | د   |                                                                    | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                      |                                                                               |                                                                                                                         |                                                                                                                      |       |
|               |     |                                                                    | ط  |         |    |                                                                                             |                                                                               |                                                                                                                         |                                                                                                                      |       |

۷-۹) بیمارستان براساس کتاب ارزیابی خطر بلایا در بیمارستان (HSE) Hospital Safety Index، وضعیت خود در سه حیطه آمادگی عملکردی، ایمنی سازه‌ای و ایمنی غیرسازه‌ای حداقل سالانه ارزیابی کرده و براساس اولویت‌های اعلام شده از سوی سازمان‌های بالا دستی و برنامه‌های خود، مداخلات اصلاحی لازم را انجام داده و شرایط خود را ارتقا می‌دهد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند ارزیابی حداقل سالانه براساس کتاب ارزیابی خطر بلایا در بیمارستان (Hospital Safety Index) انجام شده، اولویت‌ها مشخص گردیده و مداخلات و اقدامات اصلاحی طراحی و اجرا شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                   | کد | مشاهدات               | کد | مصاحبه                                     | امتیاز                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------|----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                           |    |                       |    |                                            | ۰                                                                                                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                                                                 | ۲                                                                                                                                                                                                                                 | غ.ق.۱ |
|               | الف | مستندات ارزیابی، تعیین اولویت، طراحی مداخلات اصلاحی و اجرا                | ه  | براساس مداخلات اصلاحی | ی  | مسئولین و کارکنان در بخش‌ها، واحدهای مرتبط | مستندات بند «الف» موجود نباشد<br>یا<br>براساس مشاهدات، در ۰-۲ مورد، مداخلات اجرایی شده باشند<br>یا<br>براساس اظهارات ۰-۲ نفر از مصاحبه شوندگان، ارزیابی و مداخلات اصلاحی انجام شده باشد | مستندات بند «الف» موجود است<br>اما<br>حداقل سالانه نیست<br>یا<br>براساس مشاهدات، در ۳-۶ مورد، مداخلات اجرایی شده باشند<br>یا<br>براساس اظهارات ۳-۶ نفر از مصاحبه شوندگان، ارزیابی و مداخلات اصلاحی انجام شده باشد | مستندات بند «الف» موجود است<br>و<br>ویژگی‌های مندرج در بند «ب» را دارد<br>و<br>بر اساس مشاهدات، در ۷-۱۰ مورد، مداخلات اجرایی شده باشند<br>و<br>براساس اظهارات ۷-۱۰ نفر از مصاحبه شوندگان، ارزیابی و مداخلات اصلاحی انجام شده باشد |       |
|               | ب   | حداقل سالانه و با در نظر گرفتن اولویت‌های سازمان‌های بالادستی و بیمارستان | و  |                       | ک  | در خصوص انجام ارزیابی و مداخلات اصلاحی     |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|               | ج   | دراین واحد                                                                | ز  | ۱۰ مورد               | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مربوطه                 |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|               | د   |                                                                           | ح  |                       | م  | از ۱۰ نفر                                  |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|               |     |                                                                           | ط  |                       |    |                                            |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |       |

## ۸) خطاها و حوادث ناخواسته

۸-۱) یک فرایند زمان‌بندی شده، مستند و شفاف، برای گزارش خطاها و حوادث ناخواسته وجود دارد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند یک فرایند مدون برای گزارش خطاها و حوادث ناخواسته وجود دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                          |                                                                        |                                                                     |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                            |    |         |    |        | ۰                               | ۱                                                                      | ۲                                                                   | غ.ق.ا |
|               | الف | فرایند مدون گزارش خطاها و حوادث ناخواسته                                                                                   | ه  |         | ی  |        | مستندات فرایند مذکور، موجود است | مستندات فرایند مذکور، موجود است<br>اما<br>فرم‌های بند «ب» موجود نیستند | مستندات فرایند مذکور، موجود است<br>و<br>فرم‌های بند «ب» موجود هستند |       |
|               | ب   | در فرم‌های کاغذی / الکترونیک گزارش خطا که امکان جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز جهت تحلیل و انجام اقدامات اصلاحی را فراهم آورد | و  |         | ک  |        |                                 |                                                                        |                                                                     |       |
|               | ج   | در این واحد                                                                                                                | ز  |         | ل  |        |                                 |                                                                        |                                                                     |       |
|               | د   |                                                                                                                            | ح  |         | م  |        |                                 |                                                                        |                                                                     |       |
|               |     |                                                                                                                            | ط  |         |    |        |                                 |                                                                        |                                                                     |       |

۸-۲) بیمارستان یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش، به منظور فرایند گزارش دهی منظم خطاها و حوادث ناخواسته ایجاد نموده است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش، به منظور گزارش دهی منظم خطاها و حوادث ناخواسته موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                      | امتیاز                  |                         |                          |
|---------------|-----|---------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
|               |     |         |    |         |    |                                                                                                                             | ۰                       | ۱                       | ۲                        |
|               | الف |         | ه  |         | ی  | کارکنان از رده‌های مختلف شغلی با ارجحیت گروه‌های بالینی                                                                     | ۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند | ۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند | ۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند |
|               | ب   |         | و  |         | ک  | آیا اگر اقدامات شما منجر به بروز خطا یا حوادث ناخواسته شود، می‌توانید بدون ترس و نگرانی از تنبیه و سرزنش، آن را گزارش کنید؟ |                         |                         |                          |
|               | ج   |         | ز  |         | ل  |                                                                                                                             |                         |                         |                          |
|               | د   |         | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                      |                         |                         |                          |
|               |     |         | ط  |         |    |                                                                                                                             |                         |                         |                          |

۸-۳) تمام کارکنان در رابطه با فرایند گزارش خطاها و حوادث ناخواسته آموزش دیده‌اند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان در رابطه با فرایند گزارش خطاها و حوادث ناخواسته آموزش دیده‌اند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                   | امتیاز                                                         |                                                                                                |                                                                                               |
|---------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                       |    |         |    |                                                                          | ۰                                                              | ۱                                                                                              | ۲                                                                                             |
|               | الف | مستندات برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط | ه  |         | ی  | کارکنان از رده‌های مختلف شغلی با ارجحیت گروه‌های بالینی                  | مستندات بند «الف» موجود نباشد<br>یا<br>۰-۲ نفر پاسخ مثبت بدهند | مستندات بند «الف» موجود باشد<br>اما<br>برای برخی کارکنان باشد<br>یا<br>۳-۶ نفر پاسخ مثبت بدهند | مستندات بند «الف» موجود باشد<br>و<br>برای تمامی کارکنان باشد<br>و<br>۷-۱۰ نفر پاسخ مثبت بدهند |
|               | ب   | برای تمامی کارکنان                    | و  |         | ک  | آیا شما در خصوص نحوه‌ی گزارش دهی خطاها و حوادث ناخواسته، آموزش دیده‌اید؟ |                                                                |                                                                                                |                                                                                               |
|               | ج   |                                       | ز  |         | ل  |                                                                          |                                                                |                                                                                                |                                                                                               |
|               | د   |                                       | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                   |                                                                |                                                                                                |                                                                                               |
|               |     |                                       | ط  |         |    |                                                                          |                                                                |                                                                                                |                                                                                               |

۸-۴) جمع آوری داده‌های مربوط به خطاها و حوادث ناخواسته و تجزیه و تحلیل آن‌ها، به منظور شناسایی راه‌های کاهش شایع‌ترین و مهم‌ترین خطاها، انجام می‌گیرد.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند جمع آوری داده‌های مربوط به خطاها و حوادث ناخواسته و تجزیه و تحلیل آن‌ها، به منظور شناسایی راه‌های کاهش شایع‌ترین و مهم‌ترین خطاها، انجام می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                              | امتیاز                                                                                 |   |                                                                             |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                             |    |         |    |                                                     | ۰                                                                                      | ۱ | ۲                                                                           |
|               | الف | مستندات تجزیه و تحلیل و شناسایی مهم‌ترین و شایع‌ترین خطاها و حوادث ناخواسته | ه  |         | ی  | مسئول ایمنی و هماهنگ کننده ایمنی بیمار              | مستندات بند «الف» موجود نیست<br>یا<br>حتی اظهارات یکی از دو نفر با مستندات منطبق نباشد |   | مستندات بند «الف» موجود است<br>و<br>اظهارات هر دو نفر با مستندات منطبق باشد |
|               | ب   |                                                                             | و  |         | ک  | شایع‌ترین و مهم‌ترین خطاها در بیمارستان شما کدامند؟ |                                                                                        |   |                                                                             |
|               | ج   |                                                                             | ز  |         | ل  | در بیمارستان                                        |                                                                                        |   |                                                                             |
|               | د   |                                                                             | ح  |         | م  | ۲ نفر مورد اشاره در بند «ی»                         |                                                                                        |   |                                                                             |
|               |     |                                                                             | ط  |         |    |                                                     |                                                                                        |   |                                                                             |

۸-۵) رویدادهای مهم و غیرمنتظره ارزیابی دقیق می‌شوند این رویدادها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

۸-۵-۱) مرگ و میرهای غیرمنتظره

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تعریف مرگ و میرهای غیر منتظره توسط کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج بیمارستان مشخص و ابلاغ شده و براساس خط مشی و روشی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، با حضور مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان گزارش و ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                                                            | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                                                                    |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | غ.ق.ا. |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                   | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |        |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۸-۵-۱ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                             | ک  |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                          | ز  | ۵ مورد                                                                                             | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
|               | د   |                                                                                                                       | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                 | م  | ۵ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
|               |     |                                                                                                                       | ط  |                                                                                                    |    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |



۸-۵-۲) واکنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، باعث آسیب به بیمار شده‌اند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند واکنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، باعث آسیب به بیمار شده‌اند براساس خط مشی و روشی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، توسط کمیته طب انتقال خون بیمارستان و با حضور مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                                                                                | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                                                                                        |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                        | ۱                                                                                                                                                                                                           | ۲                                                                                                                                                                                                                                           | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                   | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                        | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۸-۵-۲ مندرج در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                        | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                          | ز  | ۵ مورد                                                                                                                 | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|               | د   |                                                                                                                       | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                     | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                             |       |
|               |     |                                                                                                                       | ط  |                                                                                                                        |    |                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                             |       |

۸-۵-۳) خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند خطاهای دارویی مهمی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند براساس خط مشی و روشی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، توسط کمیته دارو و درمان بیمارستان و با حضور مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان، ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                             | ۱                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                   | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۸-۵-۳ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                          | ز  | ۵ مورد                                                                                                                             | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                                                       | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                                                       | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |

۸-۵-۴) رویدادهای مهم بیهوشی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند رویدادهای مهم بیهوشی که باعث آسیب به بیمار شده‌اند، براساس خط مشی و روشی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، توسط کمیته دارو و درمان بیمارستان و با حضور نماینده گروه بیهوشی و مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان، ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                        | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                   | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                   | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.۱ |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۴-۵-۸ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                          | ز  | ۵ مورد                                                                                                                             | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                                                       | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                                                       |    | ط                                                                                                                                  |    |                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |

۸-۵-۵) تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی، بر مبنای خط مشی و روشی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار، توسط کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج بیمارستان و با حضور نماینده گروه پاتولوژی و مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان، ارزیابی دقیق و فوری می‌شوند و مداخلات اصلاحی لازم طراحی و اعمال می‌گردند، تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                                                          | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                                                                  |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                   | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۸-۵-۵ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                           | ک  |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                          | ز  | ۵ مورد                                                                                           | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | د   |                                                                                                                       | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                               | م  | ۵ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                                                       | ط  |                                                                                                  |    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |

۸-۶) مداخلات اصلاحی براساس نتایج گزارش‌ها و ارزیابی‌های صورت گرفته، انجام می‌پذیرد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند نتایج گزارش‌ها، ارزیابی‌ها و مداخلات اصلاحی صورت گرفته در خصوص رویدادهای مهم و غیر منتظره و خطاها و حوادث ناخواسته، در فواصل زمانی منظم به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌شوند و روند پیگیری مصوبات جلسات، مشخص می‌باشد و پیگیری مذکور در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده است، صورت می‌پذیرد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                  | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |       |
|------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                                                                                       |    |                                                          |    |                                                                                 | ۰                                                                                                                                                           | ۱                                                                                                                                                                                                                               | ۲                                                                                                                                                                                                                                       | غ.ق.ا |
|            | الف | صورت‌جلسات بررسی موارد مندرج در سنجه در تیم مدیریت اجرایی و فرم‌های پیگیری تکمیل شده                                                                  | ه  | موارد قابل مشاهده براساس مصوبات                          | ی  | کارکنان مرتبط براساس مصوبات                                                     | صورت‌جلسات موجود نباشند                                                                                                                                     | صورت‌جلسات و فرم پیگیری‌های مربوطه موجود باشند                                                                                                                                                                                  | صورت‌جلسات و فرم‌های پیگیری موجود باشند                                                                                                                                                                                                 |       |
|            | ب   | ارائه شده در فواصل زمانی منظم و با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسات تیم مدیریت اجرایی واجد حداقل‌های تعیین شده برای فرم پیگیری صورت‌جلسات | و  |                                                          | ک  | سوالاتی برای بررسی مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با اظهارات کارکنان مرتبط | صورت‌جلسات موجود نباشند و فرم پیگیری صورت‌جلسات وجود ندارد یا تکمیل نمی‌شود یا براساس مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۲۰-۰٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم صورت گرفته است | یا در فواصل منظم نباشند یا حتی در یکی از مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص نشده باشد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۶۰-۲۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است صورت‌جلسات و فرم پیگیری‌های مربوطه وجود دارد و تکمیل می‌شود | شامل تمام موضوعات مندرج در سنجه باشند و شامل تمام موضوعات مندرج در سنجه باشند در فواصل منظم باشند و در تمامی مصوبات، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شده باشد و نتایج مشاهدات و مصاحبه‌ها، ۱۰۰-۶۱٪ پیگیری‌ها مطابق مندرجات فرم پیگیری است |       |
|            | ج   | در این واحد                                                                                                                                           | ز  | ۱۰ مورد                                                  | ل  |                                                                                 |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |       |
|            | د   |                                                                                                                                                       | ح  | مطابقت مندرجات فرم پیگیری تکمیل شده با موارد قابل مشاهده | م  | ۱۰ مورد                                                                         |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                         |       |
|            |     |                                                                                                                                                       | ط  |                                                          |    |                                                                                 |                                                                                                                                                             | اما مشخصات بند «ب» را ندارد                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                         |       |

## ۹) کتابچه خط مشی و روش

۹-۱) یک کتابچه /مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در بخش وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی واحد مدیریت و رهبری را توصیف می‌نماید:

۹-۱-۱) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.

۹-۱-۲) خط مشی‌ها و روش‌ها به طور منظم بازنگری می‌شوند.

۹-۱-۳) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۹-۱-۴) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۹-۱-۵) کتابچه /مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۹-۱-۶) کتابچه /مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه. کتابچه /مجموعه (کاغذی/الکترونیکی)\* خط مشی‌ها و روش‌ها با مشخصات مندرج دراستاندارد ۹-۱ و زیر مجموعه آن، در بیمارستان موجود است و کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                            | امتیاز                                                                                        |                                                                                               |                                                                                                |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                             |    |         |    |                                                                                   | ۰                                                                                             | ۱                                                                                             | ۲                                                                                              | غ.ق.۱ |
|               | الف | کتابچه/ مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها**         | ه  |         | ی  | از رده‌های مختلف شغلی                                                             | کتابچه/ مجموعه موجود نباشد                                                                    | کتابچه/ مجموعه موجود باشد                                                                     | کتابچه/ مجموعه موجود باشد                                                                      |       |
|               | ب   | مشخصات مندرج دراستاندارد ۹-۱ و زیرمجموعه آن | و  |         | ک  | اگر به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی دارید آن را با هم ببینیم | یا<br>مشخصات مندرج در بند «ب» را نداشته باشد                                                  | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد                                                         | و<br>مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد                                                     |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                         | ۲-۰ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | ۶-۳ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | ۱۰-۷ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند |       |
|               | د   |                                             | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                            |                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                |       |
|               |     |                                             | ط  |         |    |                                                                                   |                                                                                               |                                                                                               |                                                                                                |       |

\*تذکر: اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است.

\*\*تذکر: منظور کتابچه/ مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک وجود دارد و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را در دسترس داشته باشد و مورد استفاده قرار دهد.

۹-۲) برای هر خط مشی و روش موارد ذیل باید مشخص باشد:\*

- سنجه. برای هر خط مشی و روش موارد ذیل مشخص می‌باشند:
- نام دانشگاه
- نام بیمارستان
- عنوان / موضوع (مانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خط مشی‌ها و روش‌ها از بیمارستان‌ها خواسته شده است).
- دامنه خط مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط مشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثلا بخش‌های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می‌شود کل بیمارستان یا بخش‌های ویژه و...)
- کد خط مشی (بیمارستان می‌تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می‌کند، خط مشی‌ها و روش‌ها را دسته بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه‌ای از حروف و اعداد باشد که به عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیربالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خط مشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
- تاریخ آخرین بازنگری (چون بازنگری‌ها باید حداقل سالانه باشند، بنابراین اگر از تدوین یک خط مشی کمتر از یک سال گذشته باشد، وجود تاریخ آخرین بازنگری الزامی نیست. شایان ذکر است که تمامی خط مشی‌ها و روش‌ها باید حتما حداقل سالانه بازنگری شوند و حتی اگر پس از بازنگری مشخص شد که نیازی به تغییر نیست، ذکر تاریخ بازنگری ضروری است).
- تاریخ آخرین ابلاغ (باید بعد از تاریخ بازنگری باشد)(اگر خط مشی و روش ابلاغ نشده باشد، امتیاز صفر به آن داده می‌شود).
- تعاریف (در صورتی که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به نظر می‌رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن‌ها برداشت‌های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می‌گردد و در غیراین صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه‌ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارائه شود و یک واژه در دو یا چند خط مشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
- خط مشی: در این قسمت لازم است نوشته شود چرا این خط مشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به چه هدفی است (در صورتی که چرایی و هدف با هم نوشته شده باشند، قابل قبول است و لازم نیست کاملا تفکیک شوند) و سیاست بیمارستان در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. (به عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می‌توان نوشت: با توجه به چرایی) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با هدف پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست‌های آلوده، سیاست رعایت بهداشت دست‌ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
- مشخص کردن یک فرد که پاسخ‌گوی اجرای این خط مشی می‌باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می‌نماید که خط مشی و روش مذکور اجرا می‌شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره‌ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی‌نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن‌ها با بهره‌گیری از مشارکت و هم‌فکری آنان می‌باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ‌گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).
-

- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله ۱، ۲، ۳ و... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر آن که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها).
  - امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
  - جدول اسامی شامل: اسامی تهیه‌کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ‌کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور\*\*
  - شماره صفحات
  - منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می‌شود، تجربه بیمارستان)
  - استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).
- \*\*تذکر: در مورد مشخصات هر خط مشی و روش، بیمارستان می‌تواند، مشخصات مشترک را در ابتدای کتابچه بیاورد. به عنوان مثال کل کتابچه در تاریخ... بازنگری و در تاریخ... ابلاغ شده است و دیگر لازم نیست برای هر خط مشی و روش جداگانه در صفحه مربوطه درج گردد. همچنین اگر تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش‌های یک بخش یا واحد یک گروه ثابت هستند، می‌تواند یک بار در ابتدای آن بخش و واحد فهرست آن‌ها را آورد و لازم نیست برای هر بخش و واحد آن را تکرار کرد.
- \*\*تذکر: تاییدکننده یا تاییدکنندگان (می‌تواند یک فرد یا شورا، کمیته و... باشد با امضای فرد، رییس شورا یا کمیته مذکور) باید بالاترین صلاحیت و اطلاعات علمی و تجربی را در آن موضوع داشته باشند. نظر به این‌که اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است، برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه‌کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ‌کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می‌نماید.



۹-۲-۱) پیشگیری و چگونگی برخورد با موارد کودک آزاری

سنجه. خط مشی و روش پیشگیری فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند\*.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                           | ۱                                                                                                                                                                                                          | ۲                                                                                                                                                                 | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                       | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                           | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲-۱ | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا<br>۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                         |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                       | ز  | ۵ مورد                                                                                                                             | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |       |

\* تذکر: به عنوان مثال کارکنانی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

## ۹-۲-۲) پذیرش و شناسایی بیماران مجهول الهویه

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                                | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                            |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                        |    |                                       | ۰                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                   | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا                                          | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا                                 | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲-۲ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                                 | ک  |                                       | ۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                       | ز  | ۵ مورد                                                                                                                 | ل  | در بیمارستان                          |                                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                     | م  | ۵ مورد                                |                                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                        |    |                                       | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد               | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                        |    |                                       |                                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |

۹-۲-۳) دسترسی آسان به خدمات پاراکلینیک در صورتی که این خدمات در خود بیمارستان ارائه نشوند.

سنجه. خط مشی و روش فوق، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲-۳ | و  |                                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                       | ز  | ۵ مورد                                                                                                               | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                   | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |

## ۹-۲-۴) عدم به کارگیری مجدد وسایل یکبار مصرف

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                             | ۱                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                   | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲-۴ | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                  | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                       | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                           | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                  | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                  | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                  | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |

۹-۲-۵) پیشگیری و چگونگی برخورد با موارد ضرب و شتم گیرندگان خدمت و یا کارکنان

سنجه. خط مشی و روش فوق، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                           | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                   |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲-۵ | و  |                                                                                                                   | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                       | ز  | ۵ مورد                                                                                                            | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                   |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |

## ۱) مدیریت مالی

۱-۱) مدیر مالی (رئیس حسابداری در بیمارستان‌های دانشگاهی) با حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط با امور مالی\*، برای این واحد تعیین شده است.

سنجه. فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیت‌های تعیین شده به‌عنوان مسئول واحد طی حکمی از سوی مسئول مربوطه به‌عنوان مدیر مالی (رئیس حسابداری در بیمارستان‌های دانشگاهی) انتخاب شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                             | غ.ق.ا |
|---------------|-----|---------------------------------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               | الف | مندرجات استاندارد                                 | ه  |         | ی  |        | در صورتی که مسئول واحد مدیریت مالی بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای مسئول مربوطه را نداشته باشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:<br>دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی در رشته‌های مرتبط با امور مالی (۶ امتیاز) |       |
|               | ب   |                                                   | و  |         | ک  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|               | ج   | در پرونده پرسنلی مسئول واحد مدیریت مالی بیمارستان | ز  |         | ل  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|               | د   |                                                   | ح  |         | م  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |
|               |     |                                                   | ط  |         |    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |

\* رشته‌های مرتبط با امور مالی شامل مدیریت مالی، حسابداری و اقتصاد با گرایش مالی می‌باشد.

۹-۲-۶) اطمینان از رعایت استانداردها و قوانین نهادهای ناظر توسط پیمانکاران (در موارد برون سپاری شده)

سنجه. خط مشی و روش فوق، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                           | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                   |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲-۶ | و  |                                                                                                                   | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | ج   | در این واحد                                                                        | ز  | ۵ مورد                                                                                                            | ل  | در این واحد                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                   |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |

۷-۲-۹) معاملات و مذاکره جهت عقد قرارداد (قیمت، در اختیار گذاشتن سهام و غیره)

سنجه. خط مشی و روش فوق، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                           | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                   |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۷-۲-۹ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                            | ک  |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | ج   | در این واحد                                                                        | ز  | ۵ مورد                                                                                                            | ل  | در این واحد                           |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                | م  | ۵ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                   |    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |



۸-۲-۹ نحوه برخورد با موارد عدم رعایت مفاد قرارداد توسط پیمانکاران خارجی

سنجه. خط مشی و روش فوق، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات                                                                                                           | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |                                                                                                                   |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۸-۲-۹ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                            | ک  |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | ج   | در این واحد                                                                        | ز  | ۵ مورد                                                                                                            | ل  | در این واحد                           |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                | م  | ۵ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |                                                                                                                   |    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |

۲-۱) لیستی از تمامی کارکنان واحد مدیریت مالی شامل موارد ذیل موجود است:

۱-۲-۱) نام و نام خانوادگی

۲-۲-۱) تلفن تماس

۳-۲-۱) نشانی

۴-۲-۱) سمت

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در این واحد، دسترسی به اطلاعات تماس تمامی کارکنان شامل اطلاعات خواسته شده در استاندارد، با رعایت اصل محرمانه بودن امکان پذیر است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                   | امتیاز                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |       |
|---------------|-----|------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                          |    |         |    |                                                          | ۰                                                                                                                          | ۱                                                                                                                                                                                                       | ۲                                                                                                                                                                                                          | غ.ق.ا |
|               | الف | لیست اطلاعات<br>تماس کارکنان             | ه  |         | ی  | یکی از مسئولین این واحد<br>و<br>کارکنان این واحد         | مسئول مربوطه به لیست<br>کارکنان دسترسی ندارد<br>یا<br>حتی یکی از کارکنان<br>غیر از مسئولین این واحد<br>به لیست دسترسی دارد | مسئول مربوطه به لیست<br>کارکنان دسترسی دارد<br>و<br>هیچ یک از ۵ نفر غیرمسئول،<br>به لیست دسترسی ندارند<br>اما<br>لیست کارکنان، تمام<br>اطلاعات مندرج در<br>سنجه را برای تمامی<br>کارکنان این واحد ندارد | مسئول مربوطه<br>به لیست کارکنان<br>دسترسی دارد<br>و<br>هیچ یک از ۵ نفر<br>غیرمسئول، به لیست<br>دسترسی ندارند<br>و<br>لیست کارکنان، تمام<br>اطلاعات مندرج در<br>سنجه را برای تمامی<br>کارکنان این واحد دارد |       |
|               | ب   | با مشخصات خواسته<br>شده در متن استاندارد | و  |         | ک  | اگر لیست کارکنان در اختیار<br>شماست آن را با هم ببینیم   |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |       |
|               | ج   | در این واحد                              | ز  |         | ل  |                                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |       |
|               | د   |                                          | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان که یکی از<br>آنها حتماً از مسئولین باشد |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                          | ط  |         |    |                                                          |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |       |

۳-۱) از تمام صندوقدان و کارپردازان (در بیمارستانهای دولتی به جز پرسنل رسمی و پیمانی) وثیقه دریافت شده است.

سنجه. شواهد نشان می دهند از تمامی صندوقدان و کارپردازان (در بیمارستانهای دولتی به جز کارکنان رسمی و پیمانی) وثیقه به میزان متوسط گردش روزانه صندوق در سال مالی گذشته، دریافت شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                        | امتیاز                                          |   |                                                              |                                                             |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                   |    |         |    |                                               | ۰                                               | ۱ | ۲                                                            | غ.ق.۱                                                       |
|               | الف | نوع قرارداد کارکنان، وثیقه های دریافتی، متوسط گردش روزانه صندوق در سال مالی گذشته | ه  |         | ی  | صندوق داران و کارپردازان واجد شرایط           | حتی از یک نفر وثیقه مطابق سنجه دریافت نشده باشد |   | از تمام کارکنان واجد شرایط، وثیقه مطابق سنجه دریافت شده باشد | بیمارستان های غیردولتی یا عدم وجود کارکنان غیررسمی و پیمانی |
|               | ب   | تطبیق وثیقه دریافتی با میزان گردش صندوق                                           | و  |         | ک  | متوسط گردش روزانه صندوق و میزان وثیقه دریافتی |                                                 |   |                                                              |                                                             |
|               | ج   | در این واحد                                                                       | ز  |         | ل  | این واحد                                      |                                                 |   |                                                              |                                                             |
|               | د   | به تعداد کارکنان واجد شرایط                                                       | ح  |         | م  | به تعداد کارکنان واجد شرایط                   |                                                 |   |                                                              |                                                             |
|               |     |                                                                                   | ط  |         |    |                                               |                                                 |   |                                                              |                                                             |

۲) استفاده از فن آوری اطلاعات

۲-۱) نرم افزارهای مورد استفاده جهت عملیات اداری - مالی موجود است.

سنجه. نرم افزارهای مورد استفاده جهت عملیات اداری - مالی حداقل شامل نرم افزار حسابداری بیمارستان، (سجاد، آواب، روزآمد، سامانه ماده ۹۲ مصدومین و HIS) موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                 | کد | مشاهدات            | کد | مصاحبه                          | امتیاز                                                            |                                                               |                                                           |                              |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------|----|--------------------|----|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                                                         |    |                    |    |                                 | ۰                                                                 | ۱                                                             | ۲                                                         | غ.ق.۱                        |
|               | الف | قرارداد تایید شده پشتیبانی با شرکت های نرم افزاری مذکور | ه  | نرم افزارهای مذکور | ی  | کارکنان مرتبط                   | هیچ یک از نرم افزارهای مذکور موجود نیست یا قرارداد پشتیبانی ندارد | برخی از نرم افزارهای مذکور موجود است یا قرارداد پشتیبانی دارد | تمامی نرم افزارهای مذکور موجودند و قرارداد پشتیبانی دارند | در بیمارستان های غیردانشگاهی |
|               | ب   | مدیریت امور مالی                                        | و  |                    | ک  | در جریان قرارداد پشتیبانی هستند |                                                                   |                                                               |                                                           |                              |
|               | ج   | به تعداد شرکت های نرم افزار طرف قرارداد                 | ز  |                    | ل  | این واحد                        |                                                                   |                                                               |                                                           |                              |
|               | د   |                                                         | ح  |                    | م  |                                 |                                                                   |                                                               |                                                           |                              |
|               |     |                                                         | ط  |                    |    |                                 |                                                                   |                                                               |                                                           |                              |

۲-۲) زیر سیستم‌های اموال، انبار، جزیی از نرم افزار حسابداری بیمارستان می‌باشند.

سنجه. زیر سیستم‌های اموال، انبار جزیی از نرم افزار حسابداری بیمارستان می‌باشند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                              | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                 | امتیاز                                                                                                                               |                                                                                                                              |                                                                                                                       |       |
|---------------|-----|--------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                      |    |         |    |                                                                        | ۰                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                            | ۲                                                                                                                     | غ.ق.۱ |
|               | الف | خروجی هریک از زیر سیستم‌های مذکور    | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط                                                          | هیچ یک از زیرسیستم‌های مذکور در نرم افزار موجود نیست<br>یا<br>هیچ یک از کارکنان مرتبط قادر به تهیه هیچ یک از گزارش‌های مربوطه نیستند | برخی از زیرسیستم‌های مذکور در نرم افزار موجود است<br>یا<br>برخی از کارکنان مرتبط قادر به تهیه برخی از گزارش‌های مربوطه هستند | تمامی زیرسیستم‌های مذکور در نرم افزار موجود است<br>و<br>تمامی کارکنان مرتبط قادر به تهیه تمامی گزارش‌های مربوطه هستند |       |
|               | ب   | مدیریت امور مالی                     | و  |         | ک  | در خصوص چگونگی تهیه گزارش خروجی از هریک از زیر سیستم‌های مندرج در سنجه |                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                       |       |
|               | ج   | به تعداد زیر سیستم‌های مندرج در سنجه | ز  |         | ل  | این واحد                                                               |                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                       |       |
|               | د   |                                      | ح  |         | م  |                                                                        |                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                       |       |
|               |     |                                      | ط  |         |    |                                                                        |                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                       |       |

۲-۳) اطلاعات آماری نرم افزارها و سامانه‌های موجود (سجاد، آواب، روزآمد، سامانه ماده ۹۲ مصدومین، HIS) باهم تطابق دارند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند اطلاعات آماری نرم افزارها و سامانه‌های موجود (سجاد، آواب، روزآمد، سامانه ماده ۹۲ مصدومین، HIS) باهم تطابق دارند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                  |                                                                       |                                                                    |                              |
|---------------|-----|------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                                    |    |         |    |                                       | ۰                                                                       | ۱                                                                     | ۲                                                                  | غ.ق.۱                        |
|               | الف | گزارشات دریافتی از نرم‌افزار موجود | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط                         | هیچ یک از اطلاعات آماری نرم‌افزارها و سامانه‌های موجود باهم تطابق دارند | برخی از اطلاعات آماری نرم‌افزارها و سامانه‌های موجود باهم تطابق دارند | تمام اطلاعات آماری نرم‌افزارها و سامانه‌های موجود باهم تطابق دارند | در بیمارستان‌های غیردانشگاهی |
|               | ب   | در یک بازه زمانی مشخص              | و  |         | ک  |                                       |                                                                         |                                                                       |                                                                    |                              |
|               | ج   |                                    | ز  |         | ل  | این واحد                              |                                                                         |                                                                       |                                                                    |                              |
|               | د   |                                    | ح  |         | م  | کارشناسان ورود اطلاعات در نرم افزارها |                                                                         |                                                                       |                                                                    |                              |
|               |     |                                    | ط  |         |    |                                       |                                                                         |                                                                       |                                                                    |                              |

۲-۴) سخت افزارهای مناسب و به روز جهت استفاده در حسابداری وجود دارد.

سنجه. سخت افزارهای مناسب و به روز به نحوی که انجام عملیات و گزارش گیری های مربوطه امکان پذیر باشند، جهت استفاده در حسابداری وجود دارند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                                      | کد | مصاحبه                                                          | امتیاز                                                            |                                                                |                                                             |       |
|---------------|-----|---------|----|----------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |                                              |    |                                                                 | ۰                                                                 | ۱                                                              | ۲                                                           | غ.ق.ا |
|               | الف |         | ه  | رایانه ها و سخت افزارهای لازم جهت رعایت سنجه | ی  | رییس حسابداری و کارکنان مربوطه                                  | هیچ یک از سخت افزارهای مورد استفاده شرایط مندرج در سنجه را ندارند | برخی از سخت افزارهای مورد استفاده شرایط مندرج در سنجه را دارند | تمام سخت افزارهای مورد استفاده شرایط مندرج در سنجه را دارند |       |
|               | ب   |         | و  | این واحد                                     | ک  | در خصوص به روز و کافی بودن تعداد رایانه ها و امکانات سخت افزاری |                                                                   |                                                                |                                                             |       |
|               | ج   |         | ز  |                                              | ل  |                                                                 |                                                                   |                                                                |                                                             |       |
|               | د   |         | ح  |                                              | م  |                                                                 |                                                                   |                                                                |                                                             |       |
|               |     |         | ط  |                                              |    |                                                                 |                                                                   |                                                                |                                                             |       |

۲-۵) امکان تهیه گزارش درآمد بیمارستان به تفکیک هربخش / واحد وجود دارد (سیستم HIS)

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند امکان تهیه گزارش درآمد بیمارستان به تفکیک هربخش / واحد وجود دارد (سیستم HIS)

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                     |                                                                             |                                                                           |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                             |    |         |    |        | ۰                                                          | ۱                                                                           | ۲                                                                         | غ.ق.ا |
|               | الف | گزارش درآمد بیمارستان به تفکیک هربخش / واحد | ه  |         | ی  |        | امکان تهیه گزارش درآمد بیمارستان به تفکیک هربخش وجود ندارد | امکان تهیه گزارش درآمد بیمارستان به تفکیک برخی از بخش ها و واحدها وجود دارد | امکان تهیه گزارش درآمد بیمارستان به تفکیک تمامی بخش ها و واحدها وجود دارد |       |
|               | ب   |                                             | و  |         | ک  |        |                                                            |                                                                             |                                                                           |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                | ز  |         | ل  |        |                                                            |                                                                             |                                                                           |       |
|               | د   |                                             | ح  |         | م  |        |                                                            |                                                                             |                                                                           |       |
|               |     |                                             | ط  |         |    |        |                                                            |                                                                             |                                                                           |       |

### ۳) بودجه بندی

۳-۱) برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود است.

سنجه. برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                        |   |                                              |                                    |
|---------------|-----|---------------------------------|----|---------|----|--------|-----------------------------------------------|---|----------------------------------------------|------------------------------------|
|               |     |                                 |    |         |    |        | ۰                                             | ۱ | ۲                                            | غ.ق.۱                              |
|               | الف | برنامه بودجه سال جاری بیمارستان | ه  |         | ی  |        | برنامه بودجه سال جاری<br>بیمارستان موجود نیست |   | برنامه بودجه سال جاری<br>بیمارستان موجود است | در<br>بیمارستان های<br>غیردانشگاهی |
|               | ب   |                                 | و  |         | ک  |        |                                               |   |                                              |                                    |
|               | ج   | در این واحد                     | ز  |         | ل  |        |                                               |   |                                              |                                    |
|               | د   |                                 | ح  |         | م  |        |                                               |   |                                              |                                    |
|               |     |                                 | ط  |         |    |        |                                               |   |                                              |                                    |

۲-۳) رئیس هر بخش / واحد، در تنظیم بودجه سالانه مربوط به بخش خود مشارکت فعال دارد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که خط مشی و روش مشارکت روسای بخش‌ها و واحدها در تنظیم برنامه عملیاتی بودجه سالانه تدوین شده افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                       | کد | مشاهدات                                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |       |
|------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                                               |    |                                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                                                  | ۱                                                                                                                                                                                                 | ۲                                                                                                                                                                                    | غ.ق.ا |
|            | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                           | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                          | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                    | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                     |       |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد ۲-۳ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|            | ج   | در بیمارستان                                                                                                  | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                              | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |       |
|            | د   |                                                                                                               | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |       |
|            |     |                                                                                                               | ط  |                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |       |

۳-۳) تفاهم‌نامه بودجه بابت سال جاری با ستاد دانشگاه بسته شده است.

سنجه. تفاهم نامه بودجه بابت سال جاری با ستاد دانشگاه بسته شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                     |   |                                           |                              |
|---------------|-----|---------------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------|---|-------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                           |    |         |    |        | ۰                                          | ۱ | ۲                                         | غ.ق.۱                        |
|               | الف | تفاهم‌نامه بودجه سال جاری | ه  |         | ی  |        | برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود نیست |   | برنامه بودجه سال جاری بیمارستان موجود است | در بیمارستان‌های غیردانشگاهی |
|               | ب   |                           | و  |         | ک  |        |                                            |   |                                           |                              |
|               | ج   | دراین واحد                | ز  |         | ل  |        |                                            |   |                                           |                              |
|               | د   |                           | ح  |         | م  |        |                                            |   |                                           |                              |
|               |     |                           | ط  |         |    |        |                                            |   |                                           |                              |

۳-۴) برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان موجود است.

سنجه. برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                        |                                              |                                              |                              |
|---------------|-----|------------------------------------|----|---------|----|--------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                                    |    |         |    |        | ۰                                             | ۱                                            | ۲                                            | غ.ق.۱                        |
|               | الف | برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان | ه  |         | ی  |        | برنامه بودجه ۱-۰ سال از ۳ سال گذشته موجود است | برنامه بودجه دو سال از ۳ سال گذشته موجود است | برنامه بودجه ۳ سال گذشته بیمارستان موجود است | در بیمارستان‌های غیردانشگاهی |
|               | ب   |                                    | و  |         | ک  |        |                                               |                                              |                                              |                              |
|               | ج   | در این واحد                        | ز  |         | ل  |        |                                               |                                              |                                              |                              |
|               | د   |                                    | ح  |         | م  |        |                                               |                                              |                                              |                              |
|               |     |                                    | ط  |         |    |        |                                               |                                              |                                              |                              |



۳-۵) برای تمام خدمات یا بخش‌ها/ واحدهای جدید یا اقدامات توسعه‌ای و افزایش ظرفیت خدمات بیمارستان، پیش از شروع کار، نتایج مطالعه توجیه اقتصادی ارائه شده و در صورت تصویب، در بودجه سالانه لحاظ شده است.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برای تمام خدمات یا بخش‌ها/ واحدهای جدید یا اقدامات توسعه‌ای و افزایش ظرفیت خدمات بیمارستان، پیش از شروع کار، نتایج مطالعه توجیه اقتصادی ارائه شده و در صورت تصویب، در بودجه سالانه لحاظ شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                       | امتیاز |   |                             |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------|--------|---|-----------------------------|
|               |     |                                                                       |    |         |    |                              | ۰      | ۱ | ۲ غ.ق.۱                     |
|               | الف | مستندات ارائه مطالعه توجیه اقتصادی و تایید و «درج آن» در بودجه سالانه | ه  |         | ی  | مستندات بند «الف» موجود نیست |        |   | مستندات بند «الف» موجود است |
|               | ب   |                                                                       | و  |         | ک  |                              |        |   |                             |
|               | ج   | در این واحد                                                           | ز  |         | ل  |                              |        |   |                             |
|               | د   |                                                                       | ح  |         | م  |                              |        |   |                             |
|               |     |                                                                       | ط  |         |    |                              |        |   |                             |

۳-۶) صورت تطبیق عملکرد با بودجه مصوب به صورت سالانه تهیه می‌گردد.

سنجه. صورت تطبیق عملکرد با بودجه مصوب به صورت سالانه تهیه می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                        | امتیاز |   |                                                              |
|---------------|-----|------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------|--------|---|--------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                |    |         |    |                                                               | ۰      | ۱ | ۲ غ.ق.۱                                                      |
|               | الف | صورت تطبیق عملکرد با بودجه مصوب به صورت سالانه | ه  |         | ی  | صورت تطبیق عملکرد با بودجه مصوب سال جاری بیمارستان موجود نیست |        |   | صورت تطبیق عملکرد با بودجه مصوب سال جاری بیمارستان موجود است |
|               | ب   | میزان انحراف از بودجه                          | و  |         | ک  |                                                               |        |   |                                                              |
|               | ج   | در این واحد                                    | ز  |         | ل  |                                                               |        |   |                                                              |
|               | د   |                                                | ح  |         | م  |                                                               |        |   |                                                              |
|               |     |                                                | ط  |         |    |                                                               |        |   |                                                              |

۳-۷) میزان تطبیق نتایج گزارش‌های مالی سالانه با برنامه استراتژیک بیمارستان، بررسی می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که خط مشی و روش بررسی میزان تطبیق نتایج گزارش‌های مالی سالانه با برنامه استراتژیک و برنامه عملیاتی بیمارستان، تدوین شده افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                       | کد | مشاهدات                                                                                                                                    | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                               |    |                                                                                                                                            |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                           | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br><br>و<br>عملکرد مجریان<br><br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br><br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br><br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br><br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br><br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br><br>یا<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br><br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br><br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد ۳-۷ مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                            | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                            | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                  | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                                    | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               | د   |                                                                                                               | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                         | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |
|               |     |                                                                                                               |    | ط                                                                                                                                          |    |                                        |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |

## ۴) درآمد

۴-۱) در بیمارستان واحد درآمد موجود است.

سنجه. در بیمارستان واحد درآمد با شرح وظایف مشخص وجود دارد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                     | کد | مشاهدات     | کد | مصاحبه                                                | امتیاز |   |                                                                    |
|------------|-----|-------------------------------------------------------------|----|-------------|----|-------------------------------------------------------|--------|---|--------------------------------------------------------------------|
|            |     |                                                             |    |             |    |                                                       | ۰      | ۱ | ۲ غ.ق.۱                                                            |
|            | الف | شرح وظایف مدون و تایید شده واحد درآمد از سوی رییس بیمارستان | ه  | واحد درآمد* | ی  | واحد درآمد وجود ندارد یا مستندات بند «الف» موجود نیست |        |   | بیمارستان‌های دانشگاهی که موظف به رعایت شرایط حسابداری تعهدی هستند |
|            | ب   |                                                             | و  |             | ک  |                                                       |        |   |                                                                    |
|            | ج   | در این واحد                                                 | ز  |             | ل  |                                                       |        |   |                                                                    |
|            | د   |                                                             | ح  |             | م  |                                                       |        |   |                                                                    |
|            |     |                                                             | ط  |             |    |                                                       |        |   |                                                                    |

\*تذکر: منظور وجود فضای فیزیکی مجزا نیست بلکه منظور وجود برنامه و مسئول اجرا و پاسخ‌گویی آن است.

۴-۲) مسئول درآمد زیر نظر مدیر مالی (رییس حسابداری در بیمارستان‌های دانشگاهی) و دارای ابلاغ می‌باشد.

سنجه. مسئول درآمد زیر نظر مدیر مالی (رییس حسابداری در بیمارستان‌های دانشگاهی) و دارای ابلاغ می‌باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                       | امتیاز |   |                             |
|------------|-----|-----------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------|--------|---|-----------------------------|
|            |     |                                                           |    |         |    |                              | ۰      | ۱ | ۲ غ.ق.۱                     |
|            | الف | حکم یا ابلاغ                                              | ه  |         | ی  | ابلاغ مسئول درآمد موجود نیست |        |   | ابلاغ مسئول درآمد موجود است |
|            | ب   | امضای مدیر مالی (رییس حسابداری در بیمارستان‌های دانشگاهی) | و  |         | ک  |                              |        |   |                             |
|            | ج   |                                                           | ز  |         | ل  |                              |        |   |                             |
|            | د   |                                                           | ح  |         | م  |                              |        |   |                             |
|            |     |                                                           | ط  |         |    |                              |        |   |                             |

۳-۴) اسناد بیمه‌ای حداکثر با فاصله ۳۰ روزه به سازمان‌های بیمه‌گر ارسال می‌گردد.

سنجه. اسناد بیمه‌ای حداکثر با فاصله ۳۰ روزه به سازمان‌های بیمه‌گر ارسال می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                          |   |                                                                           |                              |
|---------------|-----|-----------------------------|----|---------|----|--------|-----------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                             |    |         |    |        | ۰                                                               | ۱ | ۲                                                                         | غ.ق.ا                        |
|               | الف | اسناد ارسالی به طرف حساب    | ه  |         | ی  |        | اسناد بیمه‌ای بیش از ۳۰ روز به سازمان‌های بیمه‌گر ارسال می‌گردد |   | اسناد بیمه‌ای حداکثر با فاصله ۳۰ روزه به سازمان‌های بیمه‌گر ارسال می‌گردد | در بیمارستان‌های غیردانشگاهی |
|               | ب   | شماره و تاریخ رسید طرف حساب | و  |         | ک  |        |                                                                 |   |                                                                           |                              |
|               | ج   | بیمارستان                   | ز  |         | ل  |        |                                                                 |   |                                                                           |                              |
|               | د   |                             | ح  |         | م  |        |                                                                 |   |                                                                           |                              |
|               |     |                             | ط  |         |    |        |                                                                 |   |                                                                           |                              |

۴-۴) ثبت درآمد در سیستم‌های حسابداری و سامانه‌های اطلاعاتی به روز می‌باشد.

سنجه. ثبت درآمد در سیستم‌های حسابداری و سامانه‌های اطلاعاتی به روز می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                         | کد | مصاحبه | امتیاز                                                   |                                                     |                                                   |                              |
|---------------|-----|---------|----|---------------------------------|----|--------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |         |    |                                 |    |        | ۰                                                        | ۱                                                   | ۲                                                 | غ.ق.ا                        |
|               | الف |         | ه  | اطلاعات ثبتی درآمد در سامانه‌ها | ی  |        | هیچ بخشی از اطلاعات ثبتی درآمد در سامانه‌ها، به روز نیست | بخشی از اطلاعات ثبتی درآمد در سامانه‌ها، به روز است | تمامی اطلاعات ثبتی درآمد در سامانه‌ها، به روز است | در بیمارستان‌های غیردانشگاهی |
|               | ب   |         | و  |                                 | ک  |        |                                                          |                                                     |                                                   |                              |
|               | ج   |         | ز  |                                 | ل  |        |                                                          |                                                     |                                                   |                              |
|               | د   |         | ح  |                                 | م  |        |                                                          |                                                     |                                                   |                              |
|               |     |         | ط  |                                 |    |        |                                                          |                                                     |                                                   |                              |

۴-۵) درآمدهای غیرعملیاتی\* در سیستم حسابداری شناسایی می‌گردد.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند درآمدهای غیرعملیاتی در سیستم حسابداری شناسایی می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                        | کد | مصاحبه | امتیاز                                             |                                                           |                                                         |       |
|---------------|-----|---------|----|--------------------------------|----|--------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |                                |    |        | ۰                                                  | ۱                                                         | ۲                                                       | غ.ق.ا |
|               | الف |         | ه  | اطلاعات ثبتی در سیستم حسابداری | ی  |        | درآمدهای غیرعملیاتی در سیستم حسابداری ثبت نمی‌گردد | بخشی از درآمدهای غیرعملیاتی در سیستم حسابداری ثبت می‌گردد | تمامی درآمدهای غیرعملیاتی در سیستم حسابداری ثبت می‌گردد |       |
|               | ب   |         | و  |                                | ک  |        |                                                    |                                                           |                                                         |       |
|               | ج   |         | ز  |                                | ل  |        |                                                    |                                                           |                                                         |       |
|               | د   |         | ح  |                                | م  |        |                                                    |                                                           |                                                         |       |
|               |     |         | ط  |                                |    |        |                                                    |                                                           |                                                         |       |

\*منظور از درآمدهای غیرعملیاتی، درآمدهایی است که در راستای هدف و فعالیت اصلی بیمارستان نمی‌باشد مثل درآمد حاصل از اجاره بوفه بیمارستان

۴-۶) روند درآمد (میزان افزایش یا کاهش) در یک سال مورد بررسی قرار می‌گیرد.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند بیمارستان روند درآمد (میزان افزایش یا کاهش) سالانه خود را مورد بررسی قرار می‌دهد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                         | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                            |                                                                                                  |                                                                                                     |       |
|---------------|-----|---------|----|---------------------------------|----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |                                 |    |        | ۰                                                                                 | ۱                                                                                                | ۲                                                                                                   | غ.ق.ا |
|               | الف |         | ه  | نمودارها و جداول مختص بیمارستان | ی  |        | نمودارها و جداول روند درآمد (میزان افزایش یا کاهش) در یک سال بیمارستان موجود نیست | نمودارها و جداول روند درآمد (میزان افزایش یا کاهش) در یک سال بیمارستان موجود است اما سالانه نیست | نمودارها و جداول روند درآمد (میزان افزایش یا کاهش) در یک سال بیمارستان موجود است و حداقل سالانه است |       |
|               | ب   |         | و  |                                 | ک  |        |                                                                                   |                                                                                                  |                                                                                                     |       |
|               | ج   |         | ز  | در این واحد                     | ل  |        |                                                                                   |                                                                                                  |                                                                                                     |       |
|               | د   |         | ح  |                                 | م  |        |                                                                                   |                                                                                                  |                                                                                                     |       |
|               |     |         | ط  |                                 |    |        |                                                                                   |                                                                                                  |                                                                                                     |       |

۷-۴) وجوه نقدی درآمد، حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به حساب بانک (در دولتی حساب غیرقابل برداشت) واریز می‌شود.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند صندوق‌داران، وجوه نقدی درآمد را حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به حساب بانک (در دولتی حساب غیر قابل برداشت) واریز می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                                | کد | مصاحبه                             | امتیاز                                                                                                      |                                                                |                                                             |       |
|---------------|-----|---------|----|----------------------------------------|----|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |                                        |    |                                    | ۰                                                                                                           | ۱                                                              | ۲                                                           | غ.ق.ا |
|               | الف |         | ه  | فیش واریزی و پرینت بانک و عملکرد صندوق | ی  | صندوق‌داران                        | وجوه نقدی حداکثر تا ۲۴ ساعت به حساب بانک واریز نمی‌گردد یا در دولتی به حساب غیرقابل برداشت، واریز نشده باشد | بخشی از وجوه نقدی حداکثر تا ۲۴ ساعت به حساب بانک واریز می‌گردد | تمام وجوه نقدی حداکثر تا ۲۴ ساعت به حساب بانک واریز می‌گردد |       |
|               | ب   |         | و  | تمامی صندوق‌ها                         | ک  | درخصوص حداکثر زمان واریز قابل قبول |                                                                                                             |                                                                |                                                             |       |
|               | ج   |         | ز  |                                        | ل  |                                    |                                                                                                             |                                                                |                                                             |       |
|               | د   |         | ح  |                                        | م  |                                    |                                                                                                             |                                                                |                                                             |       |
|               |     |         | ط  |                                        |    |                                    |                                                                                                             |                                                                |                                                             |       |

۸-۴) دریافت تمام درآمدها به‌صورت مکانیزه (حذف قبوض دستی) انجام می‌گیرد.

سنجه. دریافت تمام درآمدها به‌صورت مکانیزه (حذف قبوض دستی) انجام می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                  | کد | مصاحبه      | امتیاز                                                     |                                                                      |                                                                   |       |
|---------------|-----|---------|----|--------------------------|----|-------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |                          |    |             | ۰                                                          | ۱                                                                    | ۲                                                                 | غ.ق.ا |
|               | الف |         | ه  | واحد صندوق (دریافت وجوه) | ی  | صندوق‌داران | هیچ دریافتی به‌صورت مکانیزه (حذف قبوض دستی) انجام نمی‌گیرد | دریافت بخشی از درآمدها به‌صورت مکانیزه (حذف قبوض دستی) انجام می‌گیرد | دریافت تمام درآمدها به‌صورت مکانیزه (حذف قبوض دستی) انجام می‌گیرد |       |
|               | ب   |         | و  |                          | ک  |             |                                                            |                                                                      |                                                                   |       |
|               | ج   |         | ز  |                          | ل  |             |                                                            |                                                                      |                                                                   |       |
|               | د   |         | ح  |                          | م  |             |                                                            |                                                                      |                                                                   |       |
|               |     |         | ط  |                          |    |             |                                                            |                                                                      |                                                                   |       |

\*منظور از قبوض دستی، قبوض چاپی مبلغ دار قدیمی می‌باشد، که در حال حاضر در بیمارستان از قبوض مکانیزه متصل به بانک (HIS) استفاده می‌شود.

۴-۹) عملکرد صندوقدار براساس واریزی به بانک با پرینت سیستم HIS تطابق دارد.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند عملکرد صندوقدار درخصوص واریز وجوه به بانک، با پرینت سیستم HIS تطابق دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                  | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                          |   |                                                                                                  |        |
|---------------|-----|---------|----|--------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|               |     |         |    |                          |    |        | ۰                                                                                               | ۱ | ۲                                                                                                | غ.ق.ا. |
|               | الف |         | ه  | پرینت بانک،<br>پرینت HIS | ی  |        | حتی در یک مورد<br>عملکرد صندوقدار<br>براساس واریزی به<br>بانک با پرینت سیستم<br>HIS تطابق ندارد |   | در تمام موارد<br>عملکرد صندوقدار<br>براساس واریزی<br>به بانک با پرینت<br>سیستم HIS<br>تطابق دارد |        |
|               | ب   |         | و  |                          | ک  |        |                                                                                                 |   |                                                                                                  |        |
|               | ج   |         | ز  |                          | ل  |        |                                                                                                 |   |                                                                                                  |        |
|               | د   |         | ح  |                          | م  |        |                                                                                                 |   |                                                                                                  |        |
|               |     |         | ط  |                          |    |        |                                                                                                 |   |                                                                                                  |        |

۴-۱۰) در بیمارستان مکانیزم نظام‌مندی برای قبوض برگشتی و استرداد ودیعه وجود دارد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند، فرایند مشخص و مدونی برای قبوض برگشتی و استرداد ودیعه وجود دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                   |                                                                                          |                                                                                                |        |
|---------------|-----|-------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|               |     |                         |    |         |    |        | ۰                                                                                        | ۱                                                                                        | ۲                                                                                              | غ.ق.ا. |
|               | الف | فرایندهای مندرج در سنجه | ه  |         | ی  |        | در بیمارستان<br>فرایند مشخص و<br>مدونی برای قبوض<br>برگشتی و استرداد<br>ودیعه وجود ندارد | در بیمارستان<br>فرایند مشخص و<br>مدونی برای قبوض<br>برگشتی یا استرداد<br>ودیعه وجود دارد | در بیمارستان فرآیند<br>مشخص و مدونی<br>برای قبوض برگشتی<br><br>و<br>استرداد ودیعه<br>وجود دارد |        |
|               | ب   | مشخص و مدون             | و  |         | ک  |        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                                |        |
|               | ج   | در این واحد             | ز  |         | ل  |        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                                |        |
|               | د   |                         | ح  |         | م  |        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                                |        |
|               |     |                         | ط  |         |    |        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                                |        |

## ۴-۱۱) تخفیفات براساس بخش‌نامه‌های ابلاغی از وزارت بهداشت توسط مددکاری انجام می‌گیرد.

سنجه. تخفیفات براساس بخش‌نامه‌های ابلاغی از وزارت بهداشت و بخش‌نامه‌های داخلی توسط مددکاری انجام می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                           | امتیاز                                                                                              |                                                                                                    |                                                                                                    |                              |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                                                                                                                          |    |         |    |                                                                  | ۰                                                                                                   | ۱                                                                                                  | ۲                                                                                                  | غ.ق.۱                        |
|               | الف | بخش‌نامه ابلاغی از وزارت بهداشت و بخش‌نامه‌های داخلی و فرآیند اعطای تخفیف به بیماران و لیست تخفیفات و بخش‌نامه‌های داخلی | ه  |         | ی  | مدد جویان براساس لیست تخفیفات ارائه شده                          | تخفیفات براساس بخش‌نامه‌های ابلاغی از وزارت بهداشت و بخش‌نامه‌های داخلی توسط مددکاری انجام نمی‌گیرد | تخفیفات براساس بخش‌نامه‌های ابلاغی از وزارت بهداشت و بخش‌نامه‌های داخلی توسط مددکاری انجام می‌گیرد | تخفیفات براساس بخش‌نامه‌های ابلاغی از وزارت بهداشت و بخش‌نامه‌های داخلی توسط مددکاری انجام می‌گیرد | در بیمارستان‌های غیردانشگاهی |
|               | ب   |                                                                                                                          | و  |         | ک  | در خصوص میزان تخفیف‌های داده شده و تطابق آن با مستندات بند «الف» | یا                                                                                                  | اما                                                                                                | و                                                                                                  |                              |
|               | ج   |                                                                                                                          | ز  |         | ل  | حضور یا تلفنی                                                    | ۱-۰ مورد تطابق                                                                                      | ۳-۲ مورد تطابق                                                                                     | ۵-۴ مورد تطابق                                                                                     |                              |
|               | د   |                                                                                                                          | ح  |         | م  | ۵ نفر                                                            | مستندات و مصاحبه وجود دارد                                                                          | مستندات و مصاحبه وجود دارد                                                                         | مستندات و مصاحبه وجود دارد                                                                         |                              |
|               |     |                                                                                                                          | ط  |         |    |                                                                  |                                                                                                     |                                                                                                    |                                                                                                    |                              |

## ۴-۱۲) ثبت تفاوت تعرفه مصوبه هیات وزیران در سیستم حسابداری وسامانه‌های اطلاعاتی انجام می‌گیرد.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند، به روز رسانی تعرفه‌های مصوب هیات وزیران در سیستم حسابداری و سامانه‌های اطلاعاتی و اخذ گزارش مابه‌التفاوت تعرفه از سیستم و ارسال به سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد، انجام می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                            | کد | مشاهدات                 | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                         |   |                                                                                                               |                              |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------|----|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                                                                                                    |    |                         |    |        | ۰                                                                                                              | ۱ | ۲                                                                                                             | غ.ق.۱                        |
|               | الف | تعرفه‌های ابلاغی و اخذ گزارش مابه‌التفاوت تعرفه از سیستم و ارسال به سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد | ه  | گزارشات سامانه‌ها       | ی  |        | تعرفه‌های ابلاغی و اخذ گزارش مابه‌التفاوت تعرفه از سیستم و ارسال به سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد به روز نیست |   | تعرفه‌های ابلاغی و اخذ گزارش مابه‌التفاوت تعرفه از سیستم و ارسال به سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد به روز است | در بیمارستان‌های غیردانشگاهی |
|               | ب   |                                                                                                    | و  | در HIS و سیستم حسابداری | ک  |        |                                                                                                                |   |                                                                                                               |                              |
|               | ج   |                                                                                                    | ز  | در این واحد             | ل  |        |                                                                                                                |   |                                                                                                               |                              |
|               | د   |                                                                                                    | ح  |                         | م  |        |                                                                                                                |   |                                                                                                               |                              |
|               |     |                                                                                                    | ط  |                         |    |        |                                                                                                                |   |                                                                                                               |                              |



۴-۱۳) ثبت دریافتی از سازمان‌های طرف حساب حداکثر یک هفته از تاریخ صدور چک انجام می‌گیرد.

سنجه. ثبت دریافتی از سازمان‌های طرف حساب حداکثر یک هفته از تاریخ صدور چک انجام می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                  | کد | مشاهدات                                                                  | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                               |                                                                                                   |                                                                                                 |       |
|---------------|-----|------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                          |    |                                                                          |    |        | ۰                                                                                                    | ۱                                                                                                 | ۲                                                                                               | غ.ق.ا |
|               | الف | کپی چک دریافتی از سازمان‌های طرف قرارداد | ه  | اخذ گزارشات از سامانه‌ها و تطبیق با چک دریافتی از سازمان‌های طرف قرارداد | ی  |        | در هیچ‌یک از موارد ثبت دریافتی از سازمان‌های طرف حساب حداکثر یک هفته از تاریخ صدور چک انجام نمی‌گیرد | در برخی از موارد ثبت دریافتی از سازمان‌های طرف حساب حداکثر یک هفته از تاریخ صدور چک انجام می‌گیرد | در تمامی موارد ثبت دریافتی از سازمان‌های طرف حساب حداکثر یک هفته از تاریخ صدور چک انجام می‌گیرد |       |
|               | ب   |                                          | و  |                                                                          | ک  |        |                                                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                 |       |
|               | ج   |                                          | ز  |                                                                          | ل  |        |                                                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                 |       |
|               | د   |                                          | ح  |                                                                          | م  |        |                                                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                 |       |
|               |     |                                          | ط  |                                                                          |    |        |                                                                                                      |                                                                                                   |                                                                                                 |       |

۵) هزینه

۵-۱) تمام هزینه‌ها به درستی و به موقع فارغ از زمان پرداخت ثبت می‌گردد.

سنجه. تمام هزینه‌ها به درستی و به موقع فارغ از زمان پرداخت ثبت می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                   | کد | مشاهدات                                 | کد | مصاحبه          | امتیاز                                                       |                                                                     |                                                                  |       |
|---------------|-----|---------------------------|----|-----------------------------------------|----|-----------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                           |    |                                         |    |                 | ۰                                                            | ۱                                                                   | ۲                                                                | غ.ق.ا |
|               | الف | تعهدات ثبت شده در سیستم   | ه  | گزارشات سامانه‌های ثبت اطلاعات حسابداری | ی  | رییس حسابداری   | هزینه‌ها به درستی و به موقع فارغ از زمان پرداخت ثبت نمی‌گردد | برخی از هزینه‌ها به درستی و به موقع فارغ از زمان پرداخت ثبت می‌گردد | تمام هزینه‌ها به درستی و به موقع فارغ از زمان پرداخت ثبت می‌گردد |       |
|               | ب   | تجزیه سنی* تعهدات         | و  | اداره نظارت و پایش عملکرد               | ک  | نسبت جاری و انی |                                                              |                                                                     |                                                                  |       |
|               | ج   | اداره نظارت و پایش عملکرد | ز  | تمامی تعهدات                            | ل  |                 |                                                              |                                                                     |                                                                  |       |
|               | د   | تمامی تعهدات              | ح  |                                         | م  |                 |                                                              |                                                                     |                                                                  |       |
|               |     |                           | ط  |                                         |    |                 |                                                              |                                                                     |                                                                  |       |

\*منظور از تجزیه سنی تعهدات، زمان ایجاد تعهدات می‌باشد.

۵-۲) آنالیز سرفصل هزینه‌های واحد توسط امور مالی همراهه اخذ می‌گردد.

سنجه. آنالیز سرفصل هزینه‌های واحد توسط امور مالی که شامل حقوق و دستمزد، استفاده از کالا و خدمات و... همراهه اخذ می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                        | کد | مشاهدات                   | کد | مصاحبه | امتیاز                                             |   |                                                   |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------|----|--------|----------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                |    |                           |    |        | ۰                                                  | ۱ | ۲                                                 | غ.ق.۱ |
|               | الف | گزارش سرفصل هزینه‌ها                                                                           | ه  | مشاهده گزارشات            | ی  |        | گزارش سر فصل<br>هزینه‌ها در سطح<br>معین موجود نیست |   | گزارش سر فصل<br>هزینه‌ها در سطح<br>معین موجود است |       |
|               | ب   | در سطح معین (در صورتی که طبقه‌بندی سرفصل‌ها در حسابداری به‌صورت گروه، کل، معین، جزء معین باشد) | و  | اداره نظارت و پایش عملکرد | ک  |        |                                                    |   |                                                   |       |
|               | ج   | اداره نظارت و پایش عملکرد                                                                      | ز  | ماه‌های سال               | ل  |        |                                                    |   |                                                   |       |
|               | د   |                                                                                                | ح  |                           | م  |        |                                                    |   |                                                   |       |
|               |     |                                                                                                | ط  |                           |    |        |                                                    |   |                                                   |       |

۵-۳) موجودی کالای ثبت شده در سیستم انبار با حسابداری مطابقت دارد\*.

سنجه. موجودی کالای ثبت شده در سیستم انبار با حسابداری مطابقت دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                       | کد | مشاهدات                    | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                     |                                                                            |                                                                             |                                 |
|---------------|-----|-----------------------------------------------|----|----------------------------|----|--------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|               |     |                                               |    |                            |    |        | ۰                                                                          | ۱                                                                          | ۲                                                                           | غ.ق.۱                           |
|               | الف | گزارش موجودی کالا در حسابداری و سیستم انبار   | ه  | گزارشات سامانه ثبت اطلاعات | ی  |        | در هیچ موردی<br>گزارش موجودی کالا<br>منطبق با سیستم<br>حسابداری انبار نیست | در برخی موارد<br>گزارش موجودی کالا<br>منطبق با سیستم<br>حسابداری انبار است | در تمامی موارد<br>گزارش موجودی کالا<br>منطبق با سیستم<br>حسابداری انبار است | در بیمارستان‌های<br>غیردانشگاهی |
|               | ب   | تطبیق مانده پایان دوره سیستم حسابداری و انبار | و  | اداره نظارت و پایش عملکرد  | ک  |        |                                                                            |                                                                            |                                                                             |                                 |
|               | ج   | اداره نظارت و پایش عملکرد                     | ز  | تمامی انبارها              | ل  |        |                                                                            |                                                                            |                                                                             |                                 |
|               | د   | تمامی انبارها                                 | ح  |                            | م  |        |                                                                            |                                                                            |                                                                             |                                 |
|               |     |                                               | ط  |                            |    |        |                                                                            |                                                                            |                                                                             |                                 |

\*به‌عنوان مثال ثبت اسناد براساس رسید و حواله‌های صادره در سیستم حسابداری انجام می‌گیرد.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۴-۵) دفاتر مالی در ابتدای سال پلمپ شده (در بیمارستان دولتی طبق آیین نامه مالی و معاملاتی در بیمارستان های خصوصی طبق آیین نامه تنظیم و تحریر دفاتر قانونی) ماهانه ثبت می گردد.

سنجه. دفاتر مالی در ابتدای سال پلمپ شده (در بیمارستان دولتی طبق آیین نامه مالی و معاملاتی در بیمارستان های خصوصی طبق آیین نامه تنظیم و تحریر دفاتر قانونی) ماهانه ثبت می گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                              | کد | مشاهدات                    | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                            |   |                                                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------------------|----|----------------------------|----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                      |    |                            |    |        | ۰                                                                                 | ۱ | ۲                                                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | دفتر روزنامه و کل                    | ه  | دفتر روزنامه و کل پلمپ شده | ی  |        | دفاتر مالی در ابتدای سال با توجه به مندرجات سنجه پلمپ شده سند ماهانه ثبت نمی گردد |   | دفاتر مالی در ابتدای سال با توجه به مندرجات سنجه پلمپ شده سند ماهانه ثبت می گردد |       |
|               | ب   | امضا مسئولین مربوطه                  | و  |                            | ک  |        |                                                                                   |   |                                                                                  |       |
|               | ج   | اداره تامین منابع و اعتبار           | ز  |                            | ل  |        |                                                                                   |   |                                                                                  |       |
|               | د   | یک جلد دفتر روزنامه و یک جلد دفتر کل | ح  |                            | م  |        |                                                                                   |   |                                                                                  |       |
|               |     |                                      | ط  |                            |    |        |                                                                                   |   |                                                                                  |       |

۵-۵) در سیستم حسابداری هزینه ها براساس مراکز هزینه ثبت می گردد.

سنجه. در سیستم حسابداری هزینه ها براساس مراکز هزینه ثبت می گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                        | کد | مصاحبه | امتیاز                                                       |                                                            |                                                          |                              |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------|----|--------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                |    |        | ۰                                                            | ۱                                                          | ۲                                                        | غ.ق.۱                        |
|               | الف | آنالیز هزینه ها براساس مراکز هزینه                                                                                                        | ه  | گزارش هزینه براساس مراکز هزینه | ی  |        | هیچ گزارش هزینه ای منطبق با مندرجات بند «الف و ب» موجود نیست | برخی از گزارش های هزینه منطبق با مندرجات بند «الف و ب» است | تمامی گزارش های هزینه منطبق با مندرجات بند «الف و ب» است | در بیمارستان های غیردانشگاهی |
|               | ب   | گزارش هزینه براساس مراکز هزینه در سطح معین (در صورتی که طبقه بندی سرفصل ها در حسابداری در صورتی که به صورت گروه، کل، معین، جزء معین باشد) | و  | اداره تامین منابع و اعتبار     | ک  |        |                                                              |                                                            |                                                          |                              |
|               | ج   | اداره تامین منابع و اعتبار                                                                                                                | ز  | جهت تمامی هزینه ها             | ل  |        |                                                              |                                                            |                                                          |                              |
|               | د   | جهت تمامی هزینه ها                                                                                                                        | ح  |                                | م  |        |                                                              |                                                            |                                                          |                              |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                |    |        |                                                              |                                                            |                                                          |                              |

## ۵-۶) در بیمارستان دولتی حساب تامین و ذخیره اعتبار با سر فصل پیش پرداخت، علی الحساب و تنخواه مطابقت دارد.

سنجه. در بیمارستان دولتی حساب تامین و ذخیره اعتبار با سر فصل پیش پرداخت، علی الحساب و تنخواه مطابقت دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                        |   |                                                                                              |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                |    |         |    |        | ۰                                                                                             | ۱ | ۲ غ.ق.ا                                                                                      |
|               | الف | گزارش مانده سرفصل پیش پرداخت، علی الحساب، تنخواه و تامین اعتبار و ذخیره تامین اعتبار           | ه  |         | ی  |        | در بیمارستان حساب تامین و ذخیره اعتبار با سر فصل پیش پرداخت، علی الحساب و تنخواه مطابقت ندارد |   | در بیمارستان حساب تامین و ذخیره اعتبار با سر فصل پیش پرداخت، علی الحساب و تنخواه مطابقت دارد |
|               | ب   | در سطح معین (در صورتی که طبقه بندی سرفصل ها در حسابداری به صورت گروه، کل، معین، جزء معین باشد) | و  |         | ک  |        |                                                                                               |   |                                                                                              |
|               | ج   | اداره تامین منابع و اعتبار                                                                     | ز  |         | ل  |        |                                                                                               |   |                                                                                              |
|               | د   |                                                                                                | ح  |         | م  |        |                                                                                               |   |                                                                                              |
|               |     |                                                                                                | ط  |         |    |        |                                                                                               |   |                                                                                              |

## ۵-۷) کارانه به درستی و در پایان هرماه پس از مشخص شدن درآمد ثبت می گردد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند کارانه به درستی و در پایان هرماه پس از مشخص شدن درآمد ثبت می گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                              | امتیاز                              |   |                                    |
|---------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|---|------------------------------------|
|               |     |                                       |    |         |    |                                                     | ۰                                   | ۱ | ۲ غ.ق.ا                            |
|               | الف | سیستم و اسناد حسابداری                | ه  |         | ی  | تعدادی از پرسنل در خصوص ماه آخرین کارانه دریافت شده | مستندات بندهای «الف و ب» موجود نیست |   | مستندات بندهای «الف و ب» موجود است |
|               | ب   | لیست کارانه کارکنان و اسناد پرداخت آن | و  |         | ک  |                                                     |                                     |   |                                    |
|               | ج   |                                       | ز  |         | ل  |                                                     |                                     |   |                                    |
|               | د   |                                       | ح  |         | م  |                                                     |                                     |   |                                    |
|               |     |                                       | ط  |         |    |                                                     |                                     |   |                                    |

## ۶) حسابداری و حسابرسی

۶-۱) تهیه صورت مغایرت بانکی حسابها (در بیمارستانهای دولتی حساب غیرقابل برداشت اهمیت ویژه دارد) به صورت ماهانه انجام می گیرد.

سنجه ۱. تهیه صورت مغایرت بانکی حسابها (در بیمارستانهای دولتی حساب غیرقابل برداشت اهمیت ویژه دارد) به صورت ماهانه انجام می گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                         | کد | مشاهدات                            | کد | مصاحبه | امتیاز                                                      |   |                                                            |
|---------------|-----|---------------------------------|----|------------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------|
|               |     |                                 |    |                                    |    |        | ۰                                                           | ۱ | ۲ غ.ق.۱                                                    |
| ۱             | الف | صورت مغایرت بانکی               | ه  | صورت مغایرت بانکی ماهانه           | ی  |        | تهیه صورت مغایرت بانکی حسابها به صورت ماهانه انجام نمی گیرد |   | تهیه صورت مغایرت بانکی حسابها به صورت ماهانه انجام می گیرد |
|               | ب   | صورت ریز اقلام باز مغایرت بانکی | و  | حسابداری اداره نظارت و پایش عملکرد | ک  |        |                                                             |   |                                                            |
|               | ج   | حسابداری / تامین منابع          | ز  | به تعداد ماههای سال                | ل  |        |                                                             |   |                                                            |
|               | د   | به تعداد ماههای سال             | ح  |                                    | م  |        |                                                             |   |                                                            |
|               |     |                                 | ط  |                                    |    |        |                                                             |   |                                                            |

سنجه ۲. صورت تطبیق سپرده ماهانه (در بیمارستانهای دولتی با بانک سپرده یا رابط سپرده ستاد) تهیه می گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                      | کد | مشاهدات                              | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                         |                                                                                               |                                                                                                     |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                              |    |                                      |    |        | ۰                                                                                              | ۱                                                                                             | ۲ غ.ق.۱                                                                                             |
| ۲             | الف | گزارش تطبیق بانک سپرده با سپرده های دریافتی                                                                                  | ه  | گزارش سپرده های دریافتی و بانک سپرده | ی  |        | صورت تطبیق سپرده ماهانه (در بیمارستانهای دولتی با بانک سپرده یا رابط سپرده ستاد) تهیه نمی گردد | صورت تطبیق سپرده ماهانه (در بیمارستانهای دولتی با بانک سپرده یا رابط سپرده ستاد) تهیه می گردد | صورت تطبیق تمامی سپرده ماهانه (در بیمارستانهای دولتی با بانک سپرده یا رابط سپرده ستاد) تهیه می گردد |
|               | ب   | در سطح معین (در صورتی که طبقه بندی سرفصلها در حسابداری به صورت گروه، کل، معین، جزء معین باشد؛ در غیراین صورت طبقه ماقبل آخر) | و  | حسابداری اداره نظارت و پایش عملکرد   | ک  |        |                                                                                                |                                                                                               |                                                                                                     |
|               | ج   | حسابداری / رسیدگی                                                                                                            | ز  | یکبار در سال                         | ل  |        |                                                                                                |                                                                                               |                                                                                                     |
|               | د   | یک بار در سال                                                                                                                | ح  |                                      | م  |        |                                                                                                |                                                                                               |                                                                                                     |
|               |     |                                                                                                                              | ط  |                                      |    |        |                                                                                                |                                                                                               |                                                                                                     |

سنجه ۳. دستورالعمل واریزی‌های نامشخص منطبق با آیین‌نامه مالی معاملاتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اجرا می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                           | کد | مشاهدات                                   | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                 |   |                                                                                                                          |
|---------------|-----|-----------------------------------|----|-------------------------------------------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                   |    |                                           |    |        | ۰                                                                                                                      | ۱ | ۲ غ.ق.ا                                                                                                                  |
| ۳             | الف | بررسی چک‌های ارائه نشده به ذی‌نفع | ه  | گزارش چک‌های معوق<br>از صورت مغایرت بانکی | ی  |        | دستورالعمل واریزی‌های<br>نامشخص منطبق<br>با آیین‌نامه مالی<br>معاملاتی دانشگاه‌های<br>علوم پزشکی کشور<br>اجرا نمی‌گردد |   | دستورالعمل<br>واریزی‌های نامشخص<br>منطبق با آیین‌نامه<br>مالی معاملاتی<br>دانشگاه‌های علوم<br>پزشکی کشور<br>اجرا می‌گردد |
|               | ب   |                                   | و  | اداره تامین منابع<br>و اعتبار             | ک  |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                          |
|               | ج   | اداره تامین منابع و اعتبار        | ز  |                                           | ل  |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                          |
|               | د   |                                   | ح  |                                           | م  |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                          |
|               |     |                                   | ط  |                                           |    |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                          |

سنجه ۴. برای فروش دارایی‌ها و یا اموال اسقاط دستورالعمل مدونی از سوی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                       | کد | مشاهدات                                          | کد | مصاحبه | امتیاز                                                  |   |                                                        |
|---------------|-----|-----------------------------------------------|----|--------------------------------------------------|----|--------|---------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------|
|               |     |                                               |    |                                                  |    |        | ۰                                                       | ۱ | ۲ غ.ق.ا                                                |
| ۴             | الف | دستورالعمل فروش و یا<br>اسقاط دارایی‌های ثابت | ه  | دستورالعمل<br>فروش و یا اسقاط<br>دارایی‌های ثابت | ی  |        | فروش دارایی‌ها منطبق<br>با بندهای<br>«الف و ب» نمی‌باشد |   | فروش دارایی‌ها<br>منطبق با بندهای<br>«الف و ب» می‌باشد |
|               | ب   | با امضا مسئولین مربوطه                        | و  | حسابداری اداره اموال                             | ک  |        |                                                         |   |                                                        |
|               | ج   | اداره اموال                                   | ز  | یک نسخه                                          | ل  |        |                                                         |   |                                                        |
|               | د   | یک نسخه                                       | ح  |                                                  | م  |        |                                                         |   |                                                        |
|               |     |                                               | ط  |                                                  |    |        |                                                         |   |                                                        |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۵. مبالغ حاصل از فروش دارایی‌ها و اموال اسقاط نیز به حساب درآمد (در بیمارستان‌های دولتی حساب غیرقابل برداشت) واریز می‌گردد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                   |   |                                                                                                                         |       |
|------------|-----|---------------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                           |    |         |    |        | ۰                                                                                                                        | ۱ | ۲                                                                                                                       | غ.ق.۱ |
| ۵          | الف | ثبت در سیستم و فیش واریزی | ه  |         | ی  |        | مبالغ حاصل از فروش دارایی‌ها و اموال اسقاط نیز به حساب درآمد (در بیمارستان‌های دولتی حساب غیرقابل برداشت) واریز نمی‌گردد |   | مبالغ حاصل از فروش دارایی‌ها و اموال اسقاط نیز به حساب درآمد (در بیمارستان‌های دولتی حساب غیرقابل برداشت) واریز می‌گردد |       |
|            | ب   |                           | و  |         | ک  |        |                                                                                                                          |   |                                                                                                                         |       |
|            | ج   | در این واحد               | ز  |         | ل  |        |                                                                                                                          |   |                                                                                                                         |       |
|            | د   |                           | ح  |         | م  |        | یا                                                                                                                       |   | و                                                                                                                       |       |
|            |     |                           | ط  |         |    |        | در سیستم ثبت نمی‌شود                                                                                                     |   | در سیستم ثبت می‌شود                                                                                                     |       |

سنجه ۶. کلیه دارایی‌های ثابت ثبت شده در سیستم، سند مالکیت با نام بیمارستان دارند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                      | کد | مشاهدات                                                          | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                              |                                                                                |                                                                          |       |
|------------|-----|------------------------------|----|------------------------------------------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                              |    |                                                                  |    |        | ۰                                                                                   | ۱                                                                              | ۲                                                                        | غ.ق.۱ |
| ۶          | الف | بررسی اسناد مالکیت دارایی‌ها | ه  | تطبیق گزارش دارایی‌های ثبت شده در سیستم حسابداری با اسناد مالکیت | ی  |        | هیچ کدام از دارایی‌های ثابت ثبت شده در سیستم، سند مالکیت با نام بیمارستان را ندارند | برخی از دارایی‌های ثابت ثبت شده در سیستم، سند مالکیت با نام بیمارستان را دارند | تمام دارایی‌های ثابت ثبت شده در سیستم، سند مالکیت با نام بیمارستان دارند |       |
|            | ب   |                              | و  | اداره اموال                                                      | ک  |        |                                                                                     |                                                                                |                                                                          |       |
|            | ج   | اداره اموال                  | ز  | تصادفی انتخاب شود                                                | ل  |        |                                                                                     |                                                                                |                                                                          |       |
|            | د   | تصادفی انتخاب شود            | ح  |                                                                  | م  |        |                                                                                     |                                                                                |                                                                          |       |
|            |     |                              | ط  |                                                                  |    |        |                                                                                     |                                                                                |                                                                          |       |

سنجه ۷. صورت مالی مربوط به دوره قبل توسط امور مالی تهیه و به امضا حسابرس مستقل رسیده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                      |                                                        |                                                      |       |
|---------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                       |    |         |    |        | ۰                                                           | ۱                                                      | ۲                                                    | غ.ق.ا |
| ۷             | الف | صورت‌های مالی حسابرسی شده             | ه  |         | ی  |        | هیچ کدام از صورت‌های مالی مشخصات بندهای «الف و ب» را ندارند | برخی از صورت‌های مالی مشخصات بندهای «الف و ب» را دارند | تمامی صورت‌های مالی مشخصات بندهای «الف و ب» را دارند |       |
|               | ب   | با امضای مسئولین و گزارش و مهر حسابرس | و  |         | ک  |        |                                                             |                                                        |                                                      |       |
|               | ج   | حسابداری                              | ز  |         | ل  |        |                                                             |                                                        |                                                      |       |
|               | د   | یک نسخه                               | ح  |         | م  |        |                                                             |                                                        |                                                      |       |
|               |     |                                       | ط  |         |    |        |                                                             |                                                        |                                                      |       |

سنجه ۸. حسابرس مستقل در رتبه‌بندی جامعه حسابداران رسمی دارای رتبه A و B\* می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                    |   |                                                                          |       |
|---------------|-----|----------------------------------|----|---------|----|--------|---------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                  |    |         |    |        | ۰                                                                         | ۱ | ۲                                                                        | غ.ق.ا |
| ۸             | الف | پرینت رتبه‌بندی شرکت‌های حسابرسی | ه  |         | ی  |        | حسابرس مستقل در رتبه‌بندی جامعه حسابداران رسمی دارای رتبه A و B* نمی‌باشد |   | حسابرس مستقل در رتبه‌بندی جامعه حسابداران رسمی دارای رتبه A و B* می‌باشد |       |
|               | ب   |                                  | و  |         | ک  |        |                                                                           |   |                                                                          |       |
|               | ج   |                                  | ز  |         | ل  |        |                                                                           |   |                                                                          |       |
|               | د   |                                  | ح  |         | م  |        |                                                                           |   |                                                                          |       |
|               |     |                                  | ط  |         |    |        |                                                                           |   |                                                                          |       |

\*این رتبه‌بندی در سایت جامعه حسابداران رسمی موجود می‌باشد.



۶-۲) پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابرسی خارجی، در تیم مدیریت ارشد بیمارستان بررسی شده و موارد مورد قبول، تصویب و اجرا می‌شوند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند نتایج و پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابرسی خارجی، در تیم مدیریت ارشد بیمارستان (حاکمیتی و اجرایی یا یکی از آن دو به صلاحدید بیمارستان) بررسی شده و موارد مورد قبول، تصویب و اجرا می‌شوند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                            | امتیاز                                                                   |                                                                                   |                                                              |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                 |    |         |    |                                                                                                                   | ۰                                                                        | ۱                                                                                 | ۲                                                            |
| ۱             | الف | صورت جلسات بررسی موارد مندرج در سنجه در تیم مدیریت ارشد         | ه  |         | ی  | شرکت کنندگان در جلسات مذکور بر مبنای صورت جلسات                                                                   | صورت جلسات<br>موجود نباشند<br>یا<br>پاسخ ۱-۰ نفر مؤید<br>صورت جلسات باشد | صورت جلسات<br>موجود باشند                                                         | صورت جلسات<br>موجود باشند                                    |
|               | ب   | با تعیین مسئول پیگیری و زمان اجرای مصوبات جلسات تیم مدیریت ارشد | و  |         | ک  | آیا نتایج و پیشنهادهای اصلاحی مندرج در گزارش حسابرسی خارجی به شما ارائه شد و مصوبات اصلی جلسه در این خصوص چه بود؟ |                                                                          | اما<br>شامل تمام موضوعات<br>مندرج در سنجه نباشند                                  | و<br>شامل تمام موضوعات<br>مندرج در سنجه باشند                |
|               | ج   | در این واحد                                                     | ز  |         | ل  |                                                                                                                   |                                                                          | یا                                                                                | و                                                            |
|               | د   |                                                                 | ح  |         | م  | ۳ نفر حضوری یا تلفنی                                                                                              |                                                                          | حتی در یکی از مصوبات،<br>مسئول پیگیری و زمان<br>اجرا مشخص نشده باشد               | در تمامی مصوبات،<br>مسئول پیگیری و زمان<br>اجرا مشخص شده باش |
|               |     |                                                                 | ط  |         |    |                                                                                                                   |                                                                          | با<br>پاسخ ۲ نفر مؤید<br>صورت جلسات باشد                                          | و<br>پاسخ ۳ نفر مؤید صورت<br>جلسات باشد                      |
|               |     |                                                                 |    |         |    |                                                                                                                   |                                                                          | بیمارستان‌های<br>دانشگاهی<br>که موظف به<br>رعایت شرایط<br>حسابداری<br>تعهدی هستند |                                                              |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیگیری اجرای مصوبات جلسات تیم مدیریت ارشد (مورد اشاره در سنجه ۱) در زمان تعیین شده، با کمک فرمی که به این منظور طراحی شده است، صورت می‌پذیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                     |                                                                                              |                                                                                           |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                        |    |         |    |        | ۰                                                          | ۱                                                                                            | ۲                                                                                         | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | فرم‌های پیگیری تکمیل شده                               | ه  |         |    |        | فرم پیگیری صورت<br>جلسات وجود ندارد<br>یا<br>تکمیل نمی‌شود | فرم پیگیری صورت<br>جلسات وجود دارد<br>و<br>تکمیل می‌شود<br>اما<br>مشخصات<br>بند «ب» را ندارد | فرم پیگیری صورت<br>جلسات وجود دارد<br>و<br>تکمیل می‌شود<br>و<br>مشخصات<br>بند «ب» را دارد |       |
|               | ب   | واجد حداقل‌های تعیین شده برای<br>فرم پیگیری صورت جلسات | و  |         |    |        |                                                            |                                                                                              |                                                                                           |       |
|               | ج   | در این واحد                                            | ز  |         |    |        |                                                            |                                                                                              |                                                                                           |       |
|               | د   |                                                        | ح  |         |    |        |                                                            |                                                                                              |                                                                                           |       |
|               |     |                                                        | ط  |         |    |        |                                                            |                                                                                              |                                                                                           |       |

## هدایت یکپارچه سازمانی (بالینی و غیربالینی)

### ۱) برنامه استراتژیک

۱-۱) نسخه‌ای از برنامه استراتژیک در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان در دسترس است.

سنجه. برنامه استراتژیک بیمارستان با ویژگی‌های مندرج در بند اول استاندارد ۱-۲-۱ مدیریت و رهبری مطابقت داشته و در دسترس تمامی بخش‌ها و واحدها است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                             | امتیاز                                          |                                                  |                                                 |        |
|---------------|-----|----------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------|
|               |     |                            |    |         |    |                                                                    | ۰                                               | ۱                                                | ۲                                               | غ.ق.۱* |
|               | الف | برنامه استراتژیک بیمارستان | ه  |         | ی  | مسئولین (رییس یا سرپرستار، مسئول واحد یا مدیر اجرایی و...)         | بیمارستان برنامه استراتژیک ندارد                | بیمارستان برنامه استراتژیک دارد                  | بیمارستان برنامه استراتژیک دارد                 |        |
|               | ب   | مشخصات مندرج در استاندارد  | و  |         | ک  | اگر برنامه استراتژیک بیمارستان در دسترس شما است آن را با هم ببینیم | یا<br>مشخصات مندرج در بند «ب» را ندارد          | و<br>مشخصات مندرج در بند «ب» را دارد             | و<br>مشخصات مندرج در بند «ب» را دارد            |        |
|               | ج   | در بخش‌ها و واحدهای مختلف  | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                          | یا<br>در دسترس ۲-۰ نفر از افراد مورد مصاحبه است | اما<br>در دسترس ۳-۶ نفر از افراد مورد مصاحبه است | و<br>در دسترس ۷-۱۰ نفر از افراد مورد مصاحبه است |        |
|               | د   |                            | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                             |                                                 |                                                  |                                                 |        |
|               |     |                            | ط  |         |    |                                                                    |                                                 |                                                  |                                                 |        |

\* غیر قابل ارزیابی

۲-۱) در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، نسخه ای خوانا و قاب یا لمینیت شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است و برنامه‌های عملیاتی در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک بیمارستان، تدوین شده و اجرا می‌گردند.

سنجه. رسالت بیمارستان در بخش‌ها و واحدهای مختلف، با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد، تایپ و قاب یا لمینیت شده، در مجاورت تابلوی اعلانات بخش‌ها/ واحدها نصب شده است و بیمارستان برنامه‌های عملیاتی را در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک خود تدوین نموده و به آن عمل می‌کند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                                 | کد | مشاهدات                                                               | کد | مصاحبه                                                                            | امتیاز                                                                                                                                    |                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                                                         |    |                                                                       |    |                                                                                   | ۰                                                                                                                                         | ۱                                                                                                                                         | ۲                                                                                                                                          | غ.ق.۱ |
|               | الف | رسالت بیمارستان و برنامه‌های عملیاتی                                                                                                                                                    | ه  | اقدامات مرتبط با برنامه عملیاتی که لازم است از طریق مشاهده بررسی شوند | ی  | فرد یا افراد مسئول یا ذینفع در اجرای برنامه عملیاتی شامل کارکنان و بیماران        | ۰-۲ بخش / واحد<br>مستندات بند «الف» و شرایط بند «ب» را دارد<br>یا<br>براساس مشاهده و مصاحبه، در ۰-۲ مورد، برنامه عملیاتی در حال اجرا باشد | ۳-۶ بخش / واحد<br>مستندات بند «الف» و شرایط بند «ب» را دارد<br>یا<br>براساس مشاهده و مصاحبه، در ۳-۶ مورد، برنامه عملیاتی در حال اجرا باشد | ۷-۱۰ بخش / واحد<br>مستندات بند «الف» و شرایط بند «ب» را دارد<br>و<br>براساس مشاهده و مصاحبه، در ۷-۱۰ مورد، برنامه عملیاتی در حال اجرا باشد |       |
|               | ب   | رسالت با خط خوانا که از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد نوشته و قاب یا لمینیت شده، در مجاورت تابلوی اعلانات بخش‌ها/ واحدها نصب شده است و برنامه عملیاتی که در راستای برنامه استراتژیک است | و  | براساس محلی که در برنامه عملیاتی آمده است                             | ک  | با توجه به کارهایی که قرار بوده براساس برنامه عملیاتی انجام شوند سوال مطرح می‌شود |                                                                                                                                           |                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |       |
|               | ج   | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                                                                               | ز  | ۱۰ مورد                                                               | ل  | براساس محل اجرای برنامه عملیاتی                                                   |                                                                                                                                           |                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                                                                                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                    | م  | از ۱۰ نفر                                                                         |                                                                                                                                           |                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                         | ط  |                                                                       |    |                                                                                   |                                                                                                                                           |                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                                                                         |    |                                                                       |    |                                                                                   |                                                                                                                                           |                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |       |

## ۲) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک)\*

- ۱-۲) پرونده پرسنلی (کاغذی/الکترونیک) هر یک از کارکنان، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس مسئول بخش / واحد است:
- ۱-۱-۲) نام و نام خانوادگی، جزییات 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
- ۲-۱-۲) شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد\*\*
- ۳-۱-۲) چک لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
- ۴-۱-۲) کپی آخرین مدرک تحصیلی
- ۵-۱-۲) برنامه توسعه فردی
- ۶-۱-۲) کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
- ۷-۱-۲) مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای (حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای) توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
- ۸-۱-۲) مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت
- ۹-۱-۲) مستندات مربوط به گروه‌های خاص شامل موارد ذیل:\*\*\*
- ۱-۹-۱-۲) تصویر کارت معاینه پزشکی معتبر (از نظر زمان و مرجع صادر کننده) برای تمامی کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی در بیمارستان مشارکت دارند.
- ۲-۹-۱-۲) تصویر گواهی‌نامه دوره‌ی ویژه بهداشت عمومی برای کارکنان بهداشت محیط، استریلیزاسیون مرکزی، مدیریت پسماندها و رختشویخانه براساس دستورالعمل‌ها و قوانین
- ۳-۹-۱-۲) مستندات مربوط به ارزیابی‌های پزشکی هر ۶ ماه پرتوکاران مطابق آیین‌نامه ضوابط کار با اشعه (تاریخ اجرا ۸۴/۳/۲)
- \*در تمام مواردی که به فرم‌های کاغذی/الکترونیک اشاره شده است، ارجحیت با استفاده از فرم‌های الکترونیک می‌باشد.
- \*\* شرح وظایف مسئول واحد بهداشت محیط باید براساس شرح وظایف مصوب سال ۱۳۸۶ وزارت متبوع نوشته شده باشد. (حتما یکی از ۱۰ پرونده کنترل شده مربوطه به مسئول واحد بهداشت محیط بیمارستان باشد)
- \*\*\* حتما سه مورد از ۱۰ پرونده بازدید شده، مربوط به گروه‌های خاص مندرج در این استاندارد باشد.

سنجه ۱. پرونده پرسنلی کارکنان تمامی بخش‌ها و واحدها، حاوی تمام موارد ذکر شده در استاندارد بوده و به صورت فایل کاغذی/الکترونیکی در دسترس مسئولین هر بخش/واحد است.\*

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                        | امتیاز                                                                                   |                                                                 |                                                                 |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |         |    |                                                               | ۰                                                                                        | ۱                                                               | ۲                                                               | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیک                                                    | ه  |         | ی  | مسئولین(رییس یا سرپرستار، مسئول واحد یا مدیر اجرایی و...)     | حتی یکی از مسئولین بخش یا واحد مربوطه به پرونده کارکنان بخش/واحد خود دسترسی نداشته باشد. | مسئولین به پرونده کارکنان بخش/واحد خود آن‌ها دسترسی داشته باشند | مسئولین به پرونده کارکنان بخش/واحد خود آن‌ها دسترسی داشته باشند |       |
|               | ب   | حاوی تمامی موارد ذکر شده در استاندارد**                                          | و  |         | ک  | اگر پرونده پرسنلی کارکنان در دسترس شما است آن را با هم ببینیم | یا<br>پرونده پرسنلی ۲-۰ نفر موجود باشد                                                   | یا<br>پرونده پرسنلی ۶-۳ نفر موجود باشد                          | و<br>پرونده پرسنلی ۱۰-۷ نفر موجود باشد                          |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  |         | ل  | در بیمارستان                                                  | یا<br>پرونده حاوی کمتر از ۲۰٪ موارد مندرج در استاندارد باشد                              | یا<br>پرونده حاوی ۶۰-۲۱٪ موارد مندرج در استاندارد باشد          | و<br>پرونده حاوی ۱۰۰-۶۱٪ موارد مندرج در استاندارد باشد          |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده پرسنلی از رده‌های مختلف شغلی از جمله پزشکان، از بخش‌ها و واحدهای مختلف | ح  |         | م  | ۱۰ نفر از بخش‌ها و واحدهای مختلف                              |                                                                                          |                                                                 |                                                                 |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |         |    |                                                               |                                                                                          |                                                                 |                                                                 |       |

\*تذکر: پرونده‌ی پرسنلی کارکنان خدمات در واحد خدمات و در نبود این واحد در واحد بهداشت محیط و پرونده پرسنلی نگهبانان در حراست یا در نبود آن در واحد مدیریت منابع انسانی کنترل می‌گردد.

\*\* تذکر: در مورد استانداردهای ۲-۱-۶ و ۲-۱-۷ گواهی‌نامه‌ی دوره‌ها یا آزمون‌های برگزار شده و یا فهرستی از دوره‌ها که به تایید واحد مدیریت منابع انسانی یا آموزش رسیده باشد مورد قبول است.

سنجه ۲. اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات رعایت می‌شود. در صورتی که اختیار دسترسی به فرد دیگری تفویض شده است، مستندات رسمی آن موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                      | امتیاز                                                        |   |                                                                       |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                  |    |         |    |                                                                                             | ۰                                                             | ۱ | ۲                                                                     | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | مستندات تعیین سطح دسترسی افراد به پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی که مطابق مستندات نباید به پرونده پرسنلی دسترسی داشته باشند | حتی ۱ نفر از افراد غیرمجاز به پرونده پرسنلی دسترسی داشته باشد |   | هیچ کدام از افراد در سطح غیرمجاز به پرونده پرسنلی دسترسی نداشته باشند |       |
|               | ب   | نشان دهند چه کسانی تا چه سطحی به پرونده دسترسی دارند             | و  |         | ک  | اگر شما به پرونده پرسنلی دسترسی دارید آن را با هم ببینیم                                    |                                                               |   |                                                                       |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                     | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                   |                                                               |   |                                                                       |       |
|               | د   |                                                                  | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                      |                                                               |   |                                                                       |       |
|               |     |                                                                  | ط  |         |    |                                                                                             |                                                               |   |                                                                       |       |

### ۳) لیست کارکنان

۳-۱) در تمامی بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، لیستی از تمام کارکنان بخش‌ها / واحدهای مربوطه و نیز مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل خارج از لیست نوبت شبانه روزی است (به همراه نحوه فراخوانی) در تمام اوقات شبانه روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

۳-۱-۱) نام و نام خانوادگی

۳-۱-۲) جزییات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آن‌ها بتوان با وی تماس گرفت)\*.

۳-۱-۳) سمت سازمانی

سنجه. دسترسی شبانه روزی به لیست کارکنان شامل اطلاعات خواسته شده در استاندارد با رعایت اصل محرمانه بودن و امنیت امکان پذیر است و نحوه فراخوان کارکنان در مواقعی که نیاز به حضور اورژانسی آنان خارج از لیست نوبت شبانه روزی است، مستند شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                                                                | امتیاز                                                                              |                                                                                     |                                                                                      |       |
|---------------|-----|------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                          |    |         |    |                                                                                                                                                                                                                       | ۰                                                                                   | ۱                                                                                   | ۲                                                                                    | غ.ق.۱ |
|               | الف | لیست کارکنان و<br>نحوه فراخوان***        | ه  |         | ی  | مسئولین (رییس یا سرپرستار،<br>مسئول واحد یا مدیر اجرایی و...)<br>و افرادی که در برنامه فراخوان<br>مشخص شده‌اند (شامل کارکنان<br>حاضر در بیمارستان یا افرادی که<br>در زمان ارزیابی حضور ندارند)                        | لیست کارکنان موجود<br>نیست یا تمام مندرجات<br>بند «ب» را ندارد<br>یا                | لیست کارکنان موجود نیست<br>یا<br>تمام مندرجات بند «ب»<br>را دارد<br>و               | لیست کارکنان موجود است<br>یا<br>تمام مندرجات<br>بند «ب» را دارد<br>و                 |       |
|               | ب   | با مشخصات خواسته<br>شده در متن استاندارد | و  |         | ک  | از مسئولین پرسیم اگر لیست کارکنان<br>در اختیار شما است آن را با هم ببینیم<br>و همچنین نحوه فراخوان چگونه است؟<br>و از کارکنانی که برای فراخوان مشخص<br>شده‌اند نیز در مورد نحوه فراخوانی<br>سوال کنیم (حضور یا تلفنی) | مسئولین به صورت<br>شبانه روزی به لیست<br>دسترسی ندارند<br>یا                        | مسئولین به صورت<br>شبانه روزی به لیست<br>دسترسی دارند<br>و                          | مسئولین به صورت<br>شبانه روزی به لیست<br>دسترسی دارند<br>و                           |       |
|               | ج   | بخش‌ها و واحدهای<br>مختلف***             | ز  |         | ل  | بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                                                                                                                | حتی یکی از کارکنان<br>غیر از مسئولین به<br>لیست دسترسی دارند<br>یا                  | هیچ‌یک از کارکنان غیر<br>از مسئولین به لیست<br>دسترسی ندارند<br>اما                 | هیچ‌یک از کارکنان غیر<br>از مسئولین به لیست<br>دسترسی ندارند<br>و                    |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                                  | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                                                                                                | اظهارات ۲-۰ نفر از<br>افراد مورد مصاحبه با<br>نحوه فراخوان مستند<br>شده مطابقت دارد | اظهارات ۶-۳ نفر از<br>افراد مورد مصاحبه با<br>نحوه فراخوان مستند<br>شده مطابقت دارد | اظهارات ۱۰-۷ نفر از<br>افراد مورد مصاحبه با<br>نحوه فراخوان مستند<br>شده مطابقت دارد |       |
|               |     |                                          | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                     |                                                                                      |       |

\*\*\*تذکر: در صورتی که فرد شماره همسر خود را به عنوان خویشاوند ارائه نموده باشد، لازم است شماره‌ی فرد دیگری از دوستان یا خویشاوند نیز موجود باشد چرا که در موارد ایجاد بحران و حوادث غیر مترقبه معمولاً فرد و همسرش در یک مکان فیزیکی حضور دارند و ممکن است دسترسی به هیچ‌یک میسر نباشد.

\*\*\*تذکر: اگر در ساعات غیراداری جزییات تماس فقط در دسترس سوپروایزر بیمارستان باشد تا در صورت نیاز از آن استفاده شود نیز، قابل قبول است. مرکز تلفن نیز می تواند به تلفن‌ها دسترسی داشته باشد.

\*\*\*تذکر: در ارزیابی سنجه‌های محور لیست کارکنان، از واحدهایی که فقط یک نفر پرسنل دارند، نمونه‌گیری نشود.



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

۲-۳) لیست نوبت کاری شبانه روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده است و نشان می‌دهد که هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).

سنجه. اطلاعات درج شده در برنامه نوبت کاری حاوی موارد مندرج در استاندارد بوده و بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات یا زیر شیشه میز اداری بخش قرار گرفته است و با افراد حاضر در بخش / واحد مطابقت دارد و نشان می‌دهد هر یک از پرسنل بالینی مطابق بخش‌نامه شماره ت ۴۳۶۱۶/ه مورخ ۸۸/۱۱/۱ هیئت دولت و همچنین سایر کارکنان مرتبط با بیمار، در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمت می‌پردازند (به جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                       | کد | مشاهدات                                                | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                        |                                                                                                               |                                                                                                                |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------|----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                               |    |                                                        |    |        | ۰                                                                                                             | ۱                                                                                                             | ۲                                                                                                              | غ.ق.ا |
|               | الف | لیست نوبت کاری ماهانه تمامی کارکنان * و پرسنل بالینی بخش‌ها** | ه  | تطابق لیست با کارت شناسایی نصب شده بر روی سینه کارکنان | ی  |        | کارت شناسایی صادر شده از سوی بیمارستان بر روی سینه ۰-۲ نفر نصب شده باشد (هر چند کارت شناسایی دیگری ارائه شود) | لیست نوبت کاری و برنامه مکتوب موجود باشد                                                                      | لیست نوبت کاری و برنامه مکتوب موجود باشد                                                                       |       |
|               | ب   | با مشخصات مندرج در متن استاندارد                              | و  | بخش‌های مختلف                                          | ک  |        | یا                                                                                                            | کارت شناسایی صادر شده از سوی بیمارستان بر روی سینه ۳-۶ نفر نصب شده باشد (هر چند کارت شناسایی دیگری ارائه شود) | اما                                                                                                            | و     |
|               | ج   | بخش‌های مختلف در محل‌های تعیین شده در متن استاندارد           | ز  | ۱۰ نفر از رده‌های مختلف شغلی                           | ل  |        | لیست نوبت کاری و برنامه مکتوب موجود نباشد                                                                     | شناسایی دیگری ارائه شود)                                                                                      | کارت شناسایی صادر شده از سوی بیمارستان بر روی سینه ۷-۱۰ نفر نصب شده باشد (هر چند کارت شناسایی دیگری ارائه شود) |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                                                       | ح  |                                                        | م  |        | یا                                                                                                            | یا                                                                                                            | و                                                                                                              |       |
|               |     |                                                               | ط  |                                                        |    |        | حضور ۰-۲ نفر از کارکنان با لیست مطابقت داشته باشد                                                             | حضور ۳-۶ نفر از کارکنان با لیست مطابقت داشته باشد                                                             | حضور ۷-۱۰ نفر از کارکنان با لیست مطابقت داشته باشد                                                             |       |
|               |     |                                                               |    |                                                        |    |        | ۰-۲ نفر از پرسنل بالینی حداکثر ۱۲ ساعت در شبانه روز شیفت بدهند                                                | ۳-۶ نفر از پرسنل بالینی حداکثر ۱۲ ساعت در شبانه روز شیفت بدهند                                                | ۷-۱۰ نفر از پرسنل بالینی حداکثر ۱۲ ساعت در شبانه روز شیفت بدهند                                                |       |

\* تذکر: در بیمارستان‌های آموزشی که بخش فاقد دستیار است، اسامی کارورزان باید ذکر شود.

\*\* تذکر: در بخش جراحی زنان، برنامه نوبت کاری و حضور کارکنان باید به نحوی باشد که ماما در تمام نوبت‌های کاری حضور داشته باشد.

۳-۳ محاسبه وچینش کارکنان در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند که حجم کار حداقل ماهانه مورد بررسی قرار گرفته، مواردی مانند تغییر شیفت‌های کاری، تغییر فصول، تعطیلات، شرایط منطقه‌ای، قومی و مذهبی و.... در محاسبه نیروی مورد نیاز، مد نظر قرار می‌گیرد و چینش نیرو در هر نوبت کاری متناسب با محاسبات صورت گرفته و پیش‌بینی‌های حاصل از تجربیات گذشته انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                  | امتیاز                                                 |                                                        |                                                        |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                        |    |         |    |                                         | ۰                                                      | ۱                                                      | ۲                                                      |
|               | الف | مستندات بررسی ماهانه و برنامه نوبت‌های کاری شبانه روزی در شش ماه گذشته | ه  |         | ی  | مسئول یا مسئولین برنامه نوبت‌های کاری   | در ۰-۲ بخش/ واحد<br>مستندات بررسی<br>ماهانه موجود است  | در ۳-۶ بخش/ واحد<br>مستندات بررسی<br>ماهانه موجود است  | در ۷-۱۰ بخش/ واحد<br>مستندات بررسی<br>ماهانه موجود است |
|               | ب   | توجه به نکات مندرج در سنجه                                             | و  |         | ک  | نوبت‌های کاری بر چه اساسی نوشته می‌شوند | یا<br>بر اساس مستندات و مصاحبه‌ها، در ۰-۲              | یا<br>بر اساس مستندات و مصاحبه‌ها، در ۳-۶              | و<br>بر اساس مستندات و مصاحبه‌ها، در ۷-۱۰              |
|               | ج   | بخش‌ها / واحدهای مختلف به ویژه اورژانس                                 | ز  |         | ل  | بخش‌ها / واحدهای مختلف                  | بخش/ واحد چینش<br>پرسنل با تغییر شرایط<br>تغییر می‌کند | بخش/ واحد چینش<br>پرسنل با تغییر شرایط<br>تغییر می‌کند | بخش/ واحد چینش<br>پرسنل با تغییر شرایط<br>تغییر می‌کند |
|               | د   | ۱۰ مورد                                                                | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                  |                                                        |                                                        |                                                        |
|               |     |                                                                        | ط  |         |    |                                         |                                                        |                                                        |                                                        |

۳-۴) لیست‌های زیر در تمامی اوقات شبانه روز در قسمت‌های مربوطه موجود هستند:

۳-۴-۱) لیست پزشکان، متخصصان و مشاوره دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آن‌ها تماس گرفت (در بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی)

۳-۴-۲) لیست نوبت شبانه روزی هرماه گروه احیا (در تمام بخش‌ها و واحدها)

۳-۴-۳) لیست نوبت کاری افرادی که اقدام‌های تریاژ را انجام می‌دهند (در بخش اورژانس)

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند لیست‌ها ی مندرج در متن استاندارد در محل‌های مربوطه به صورت شبانه روزی وجود دارند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                 |   |                                                        |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                           |    |         |    |        | ۰                                                      | ۱ | ۲                                                      | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | لیست‌های مندرج در متن استاندارد                                                           | ه  |         | ی  |        | حتی یکی از لیست‌ها<br>موجود نباشد                      |   | همه لیست‌ها<br>موجود هستند                             |       |
|               | ب   | مشخص نمودن وظایف افراد تیم<br>احیا بر حسب D و C.B.A                                       | و  |         | ک  |        | یا                                                     |   | و                                                      |       |
|               | ج   | بر روی دیوار یا تابلو اعلانات<br>مکان‌های مذکور یا زیر شیشه<br>میز ایستگاه پرستاری بخش‌ها | ز  |         | ل  |        | حداقل در یکی از محل‌های<br>تعیین شده قرار نگرفته نباشد |   | حداقل در یکی از<br>محل‌های تعیین شده<br>قرار گرفته اند |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                                                                                   | ح  |         | م  |        | یا                                                     |   | و                                                      |       |
|               |     |                                                                                           | ط  |         |    |        | لیست گروه کد احیا با تقسیم<br>وظایف موجود نیست         |   | لیست گروه کد احیا با<br>تقسیم وظایف موجود است          |       |

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند یکی از کارکنان واحد فناوری اطلاعات در تمام روزهای هفته و در تمام اوقات شبانه روز، در دسترس است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                | امتیاز                                                                 |                                                                           |                                                                            |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                    |    |         |    |                                                                                       | ۰                                                                      | ۱                                                                         | ۲                                                                          | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | برنامه کاری واحد فناوری اطلاعات<br>و مشخصات و نحوه دسترسی                          | ه  |         | ی  | کارکنان تمامی بخش‌ها و<br>واحدهای بیمارستان                                           | مستندات بند «الف»<br>موجود نیست                                        | مستندات بند «الف»<br>موجود است                                            | مستندات بند «الف»<br>موجود است                                             |       |
|               | ب   | مشخص کردن فردی که باید در<br>دسترس باشد و اطلاع رسانی<br>به تمام کارکنان بیمارستان | و  |         | ک  | در صورت نیاز به خدمات واحد<br>فناوری اطلاعات در ساعات<br>وروزهای غیراداری چه می‌کنید؟ | یا                                                                     | و                                                                         | و                                                                          |       |
|               | ج   | در واحد فناوری اطلاعات و تمامی<br>بخش‌ها و واحدهای بیمارستان                       | ز  |         | ل  |                                                                                       | ۰-۲ نفر اطلاع داشته باشند                                              | ۳-۶ نفر اطلاع<br>داشته باشند                                              | ۷-۱۰ نفر اطلاع<br>داشته باشند                                              |       |
|               | د   |                                                                                    | ح  |         | م  | تمامی بخش‌ها و<br>واحدهای بیمارستان                                                   | یا                                                                     | و                                                                         | و                                                                          |       |
|               |     |                                                                                    | ط  |         |    | ۱۰ نفر                                                                                | ۰-۲ نفر اظهار نمایند در<br>ساعات غیراداری فرد مشخص<br>شده در دسترس است | ۳-۶ نفر اظهار نمایند<br>در ساعات غی اداری<br>فرد مشخص شده<br>در دسترس است | ۷-۱۰ نفر اظهار نمایند<br>در ساعات غیراداری<br>فرد مشخص شده<br>در دسترس است |       |

## ۴) دوره توجیهی بدو ورود

۴-۱) در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشنا سازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی هر بخش / واحد، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:

۴-۱-۱) معرفی کلی بیمارستان (ازجمله رسالت، چشم انداز، ارزش‌ها، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، نقشه ساختمان، موضوعات آتش نشانی، 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، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار و روند ارتقا شغلی و امکانات رفاهی)

۴-۱-۲) دارای قسمتی جهت معرفی جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص هر بخش / واحد

۴-۱-۳) زیر مجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش / واحد

سنجه ۱. بیمارستان کتابچه / مجموعه توجیهی (کاغذی/الکترونیک) حاوی سه قسمت عناوین مندرج در استاندارد (معرفی کلی بیمارستان، معرفی جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها و تجهیزات اختصاصی) را تهیه نموده است که در دسترس تمامی کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                          | امتیاز                                                                                                                                 |                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                       |    |         |    |                                                                 | ۰                                                                                                                                      | ۱                                                                                                                                            | ۲                                                                                                                                             | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | کتابچه/مجموعه توجیهی                  | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                | کتابچه/مجموعه توجیهی<br>حاوی مندرجات ذکر<br>شده در استاندارد در ۲-۰<br>بخش/ واحد موجود باشد<br><br>یا<br>۲-۰ نفر دسترسی<br>داشته باشند | کتابچه/مجموعه<br>توجیهی حاوی<br>مندرجات ذکر شده<br>در استاندارد در<br>۶-۳ بخش/ واحد<br>موجود باشد<br><br>یا<br>۶-۳ نفر دسترسی<br>داشته باشند | کتابچه/مجموعه<br>توجیهی حاوی<br>مندرجات ذکر شده<br>در استاندارد در<br>۱۰-۷ بخش/ واحد<br>موجود باشد<br><br>و<br>۱۰-۷ نفر دسترسی<br>داشته باشند |       |
|               | ب   | کاغذی/ الکترونیک حاوی<br>مندرجات سنجه | و  |         | ک  | اگر کتابچه/ مجموعه توجیهی در<br>دسترس شماسست آن را با هم ببینیم |                                                                                                                                        |                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |       |
|               | ج   | در بخش‌ها و واحدهای مختلف             | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                       |                                                                                                                                        |                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                               | ح  |         | م  | ۱۰ نفر از کارکنان بخش‌ها<br>و واحدهای مختلف                     |                                                                                                                                        |                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                       | ط  |         |    |                                                                 |                                                                                                                                        |                                                                                                                                              |                                                                                                                                               |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. کارکنان جدیدالورود (کارکنانی که طی یک سال اخیر از خارج بیمارستان یا سایر بخش‌ها و واحدها وارد بخش‌ها / واحدهای مختلف بیمارستان شده‌اند) از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع هستند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                | امتیاز          |                 |                  |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
|            |     |         |    |         |    |                                                                                       | ۰               | ۱               | ۲                |
| ۲          | الف |         | ه  |         | ی  | از کارکنانی که طی یک سال گذشته از زمان ارزیابی به هر بخش / واحد پیوسته‌اند            | ۰-۲ نفر بداندند | ۳-۶ نفر بداندند | ۷-۱۰ نفر بداندند |
|            | ب   |         | و  |         | ک  | در خصوص محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی در حیطه عمومی و اختصاصی مرتبط با وظایف هر فرد* |                 |                 |                  |
|            | ج   |         | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                             |                 |                 |                  |
|            | د   |         | ح  |         | م  | ۱۰ نفر**                                                                              |                 |                 |                  |
|            |     |         | ط  |         |    |                                                                                       |                 |                 |                  |

\* تذکر: در مورد استاندارد ۴-۱-۲ و ۴-۱-۳، هر فرد لازم است با جزییات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه‌ها و تجهیزات بخش / واحد تنها در حیطه وظایف خود آشنا باشد.

\*\* تذکر: در مواردی که تعداد کارکنان جدیدالورود کمتر از ۱۰ نفر باشد، با آن‌ها مصاحبه شده و براساس درصد، امتیاز داده می‌شود.

سنجه ۳. تمام افرادی که به عنوان آموزش‌گیرنده و آموزش‌دهنده جدیدالورود (طی یک سال اخیر) از طرف مراکز آموزشی بخش‌ها / واحدهای مختلف معرفی شده‌اند از محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی مطلع می‌باشند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                | امتیاز                  |                         |                          |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
|            |     |         |    |         |    |                                                                                       | ۰                       | ۱                       | ۲                        |
| ۳          | الف |         | ه  |         | ی  | از آموزش‌دهندگان و آموزش‌گیرندگان در رده‌های مختلف شغلی و آموزشی                      | ۰-۲ نفر توجیه شده باشند | ۳-۶ نفر توجیه شده باشند | ۷-۱۰ نفر توجیه شده باشند |
|            | ب   |         | و  |         | ک  | در خصوص محتویات کتابچه / مجموعه توجیهی در حیطه عمومی و اختصاصی مرتبط با وظایف هر فرد* |                         |                         |                          |
|            | ج   |         | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلفی که آموزش‌گیرنده به آن‌ها معرفی می‌شود                      |                         |                         |                          |
|            | د   |         | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                |                         |                         |                          |
|            |     |         | ط  |         |    |                                                                                       |                         |                         |                          |

\*\*\* تذکر: نمونه‌گیری به نحوی باشد که حتما در نمونه از کارکنان شیفت عصر و شب هم باشند و در صورت نیاز از طریق مصاحبه تلفنی اطلاعات لازم اخذ گردد.

## ۵) آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان\*

۵-۱) آزمون اولیه‌ی توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.

سنجه. لیست اقدام‌هایی که کارکنان بخش‌ها / واحدها جهت عهده‌دار شدن نقش‌ها و مسئولیت‌های خود در رده‌های مختلف شغلی ضروریست در آن توانمند باشند، تدوین شده است و آزمون اولیه صلاحیت و توانمندی براساس لیست مذکور قبل از شروع به کار یا عهده‌دار شدن نقش و مسئولیت جدید برای تمام کارکنان جدید الورود بخش‌ها / واحدها طراحی شده و اجرا می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                           | امتیاز                                                                                                                                                        |   |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                                                                                                                    |    |         |    |                                                                                                  | ۰                                                                                                                                                             | ۱ | ۲                                                                                                                                                    | غ.ق.۱                                                                                                                                      |
|               | الف | لیست توانمندی‌های ضروری<br>و<br>مستندات برگزاری آزمون‌های اولیه براساس آن<br>و<br>مستندات شناسایی و اولویت بندی نارسایی‌های<br>مشخص شده براساس آزمون‌های اولیه<br>و<br>اقدام‌های اصلاحی اجرا شده منطبق<br>با نتایج آزمون‌های اولیه | ه  |         | ی  | از کارکنان جدید الورود بخش‌ها/<br>واحدها در رده‌های مختلف شغلی                                   | مستندات بند «الف»<br>موجود نیست<br>یا<br>مشخصات بند<br>«ب» را ندارد<br>یا<br>حتی در یک مورد،<br>مصاحبه‌ها و مستندات<br>نشان دهند که استاندارد<br>اجرا نمی‌شود |   | مستندات بند «الف»<br>موجود است<br>و<br>مشخصات بند<br>«ب» را دارد<br>و<br>در هر ۱۰ مورد، مصاحبه‌ها<br>و مستندات نشان دهند که<br>استاندارد اجرا می‌شود | در صورتی که<br>طی یک سال<br>اخیر هیچ فرد<br>جدیدی از خارج<br>بیمارستان یا<br>سایر بخش‌ها،<br>به هیچ یک از<br>بخش‌ها/واحدها<br>پیوسته نباشد |
|               | ب   | زمان اجرای آزمون قبل از عهده دار<br>شدن نقش یا مسئولیت جدید<br>و<br>محتوای سوالات برای هر نقش و<br>مسئولیت منطبق با لیست مذکور<br>و<br>اقدام‌های اصلاحی منطبق با<br>نارسایی‌های شناسایی شده                                        | و  |         | ک  | در آزمون اولیه چه مشکلی<br>داشتید؟ چه اقدام اصلاحی در<br>این مورد انجام شده است؟                 |                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                                                                                                       | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                        |                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از کارکنان جدید<br>الورود بخش‌ها/واحدها که طی یک سال<br>اخیر از خارج بیمارستان یا سایر بخش‌ها<br>به این بخش‌ها/واحدها پیوسته‌اند*                                                                          | ح  |         | م  | به تعداد کارکنان<br>جدیدالورود (حد اکثر ۱۰ نفر)<br>همان افرادی که مستندات<br>آن‌ها کنترل شده است |                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |
|               |     |                                                                                                                                                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                                  |                                                                                                                                                               |   |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |

\* تذکر: در مواردی که تعداد کارکنان جدیدالورود کمتر از ۱۰ نفر باشد، با آن‌ها مصاحبه شده و براساس درصد، امتیاز داده می‌شود.

\* تذکر: در رابطه با مهارت‌های عملی لازم است هم آزمون تئوری و هم عملی برگزار شده و مستندات آن موجود باشد.

## ۵-۲) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای تمامی کارکنان، برگزار می‌شوند.

سنجه. آزمون دوره‌ای صلاحیت و توانمندی برای تمامی کارکنان\* بخش‌ها/ واحدها با توجه به برنامه توسعه فردی آنان (PDP)\*\* حداقل سالی یک بار اجرا می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                          | امتیاز                                                                                         |                                                                                                 |                                                                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                    |    |         |    |                                                                                 | ۰                                                                                              | ۱                                                                                               | ۲                                                                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی بخش‌ها/ واحدها و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه  |         | ی  | کارکنان بخش‌ها/ واحدها از رده‌های مختلف شغلی                                    | ۲-۰ نفر برنامه توسعه فردی دارند<br>یا<br>براساس مستندات ۲۰-۰٪ از آزمون‌ها برگزار شده است       | ۳-۶ نفر برنامه توسعه فردی دارند<br>یا<br>براساس مستندات ۲۱-۶۰٪ آزمون‌ها برگزار شده است          | ۷-۱۰ نفر برنامه توسعه فردی دارند<br>و<br>براساس مستندات ۶۱-۱۰۰٪ آزمون‌ها برگزار شده است          |       |
|               | ب   | حداقل سالانه و حداقل شامل آزمون‌های برگزار شده براساس عناوین مندرج در محور آموزش و توانمند سازی کارکنان            | و  |         | ک  | در سال گذشته چه آزمون‌های دوره‌ای و در چه فواصلی زمانی برای شما برگزار شده است؟ | یا<br>براساس مصاحبه برای ۲-۰ نفر حداقل سالانه آزمون‌های دوره‌ای برگزار شده                     | برای ۳-۶ نفر حداقل سالانه آزمون‌های دوره‌ای برگزار شده                                          | براساس مصاحبه برای ۷-۱۰ نفر حداقل سالانه آزمون‌های دوره‌ای برگزار شده                            |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                       | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                       | یا                                                                                             | یا                                                                                              | و                                                                                                |       |
|               | د   | برنامه توسعه ۱۰ نفر از کارکنان از رده‌های مختلف شغلی به صورت تصادفی***                                             | ح  |         | م  | ۱۰ نفر از کسانی که مستندات آن‌ها بررسی شده است                                  | ۲۰-۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمند سازی در برنامه‌های کنترل شده دیده شده است | ۲۱-۶۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمند سازی در برنامه‌های کنترل شده دیده شده است | ۶۱-۱۰۰٪ از عناوین آموزشی مندرج در محور آموزش و توانمند سازی در برنامه‌های کنترل شده دیده شده است |       |
|               |     |                                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                 |                                                                                                |                                                                                                 |                                                                                                  |       |
|               |     |                                                                                                                    |    |         |    |                                                                                 |                                                                                                |                                                                                                 |                                                                                                  |       |

\*تذکر: اگر در زمان اعتباربخشی، زمان آزمون تمام کارکنان مشخص شده اما در مورد برخی از کارکنان هنوز این زمان فرا نرسیده، امتیاز این سنجه و سنجه‌های مشابه (مانند برگزاری دوره‌های آموزشی یا انجام مداخلات اصلاحی) داده می‌شود.

\*\*تذکر: برنامه توسعه فردی جدولی شامل چهار ستون است که ستون اول آن نیازهای آموزشی، ستون دوم روش پاسخ به نیاز آموزشی مربوطه، ستون سوم زمان برگزاری دوره آموزشی و ستون چهارم نتیجه ارزیابی را مشخص می‌نماید. موضوعات PDP براساس حداقل‌های آموزشی تعیین شده در اعتباربخشی، نیازهای آموزشی اعلام شده از سوی خود فرد و مسئول وی، برنامه استراتژیک، برنامه بهبود کیفیت، شاخص‌ها و...، مشخص می‌شود و شامل عناوین حرفه‌ای (مرتبط با تخصص و شرح وظایف فرد) و غیر حرفه‌ای (مرتبط با شرح وظایف فرد مانند مهارت‌های کامپیوتری، رفتاری و ارتباطی) است.

\*\*\* تذکر: نمونه‌گیری به نحوی باشد که حتما در نمونه از کارکنان شیفت عصر و شب هم باشند و در صورت نیاز از طریق مصاحبه تلفنی اطلاعات لازم اخذ گردد.

personal development plan

۵-۳) اقدام‌های اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

سنجه. اقدام‌های اصلاحی، براساس نتایج آزمون‌های توانمندی دوره‌ای به عمل آمده، اجرا می‌شود.\*

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                               | امتیاز                                                                                                                                   |                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                             |    |         |    |                                                                                                                      | ۰                                                                                                                                        | ۱                                                                                                                                           | ۲                                                                                                                                            | غ.ق.۱ |
|               | الف | مستندات اقدام‌های<br>اصلاحی اجرا شده                                                        | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                     | براساس مستندات برای<br>۰-۲ نفر مداخلات<br>اصلاحی انجام شده باشد<br><br>یا<br><br>اظهاریات ۰-۲ نفر<br>مؤید انجام اقدام‌های<br>اصلاحی باشد | براساس مستندات<br>برای ۳-۶ نفر<br>مداخلات اصلاحی<br>انجام شده باشد<br><br>یا<br><br>اظهاریات ۳-۶ نفر<br>مؤید انجام اقدام‌های<br>اصلاحی باشد | براساس مستندات<br>برای ۷-۱۰ نفر<br>مداخلات اصلاحی<br>انجام شده باشد<br><br>و<br><br>اظهاریات ۷-۱۰ نفر<br>مؤید انجام اقدام‌های<br>اصلاحی باشد |       |
|               | ب   | منطبق با نتایج آزمون‌های دوره‌ای<br>و به‌صورت اولویت‌بندی شده                               | و  |         | ک  | چه اقدام‌های اصلاحی براساس<br>آزمون‌های دوره‌ای برای شما انجام<br>شده است و در چه زمانی؟                             |                                                                                                                                          |                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                            |                                                                                                                                          |                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |       |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از<br>کارکنان در رده‌های مختلف شغلی<br>(شامل کارکنان شیفت عصر و شب) | ح  |         | م  | ۱۰ نفر از کارکنان در رده‌های<br>مختلف شغلی همان افرادی که<br>مستندات آن‌ها کنترل شده است<br>(به صورت حضوری یا تلفنی) |                                                                                                                                          |                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |       |
|               |     |                                                                                             | ط  |         |    |                                                                                                                      |                                                                                                                                          |                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |       |

\*تذکر: ارزیابان محترم مد نظر داشته باشند که تاریخ انجام اقدام اصلاحی را کنترل نمایند اگر در زمان انجام ارزیابی به منظور اعتبار بخشی هنوز تاریخ تعیین شده، جهت اقدام اصلاحی فرا نرسیده است، امتیاز را بدهند اما اگر تاریخ آن گذشته است مستندات مربوطه را کنترل نمایند و پس از مصاحبه با کارکنان مرتبط امتیاز مناسب را مطابق جدول فوق منظور نمایند.



۵-۴) انواعی از آگاهی‌ها و مهارت‌های کارکنان بخش‌های ویژه که باید به طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل است:

۵-۴-۱) پایش همودینامیک

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه در زمینه‌ی پایش همودینامیک حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                        | امتیاز                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                               | ۰                                                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                  | ۲                                                                                                                                                                 | غ.ق.ا                                                          |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                                                   | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۲ نفر موجود است<br>یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۰-۲ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | مستندات بند «الف» برای<br>۳-۶ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست<br>یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۳-۶ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | مستندات بند «الف» برای<br>۷-۱۰ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است<br>و<br>براساس مصاحبه برای<br>۷-۱۰ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که بخش ویژه<br>در آن موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                       | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی پایش<br>همودینامیک برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                       | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                                  |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ویژه<br>با ارجحیت گروه‌های پرستاری            | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                        |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                |
|               |     |                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                               |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                |

۵-۴-۲) محاسبات دارویی

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه در زمینه‌ی محاسبات دارویی حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                       | امتیاز                                                                             |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                              | ۰                                                                                  | ۱                                                                                  | ۲                                                                                   | غ.ق.ا                                                    |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                                                  | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۲ نفر موجود است<br>یا                                  | مستندات بند «الف» برای<br>۳-۶ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست             | مستندات بند «الف» برای<br>۷-۱۰ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است               | در بیمارستان‌هایی<br>که بخش ویژه در<br>آن موجود نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                       | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی<br>محاسبات دارویی برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه برای<br>۰-۲ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۳-۶ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۷-۱۰ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود |                                                          |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                       | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                                 |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                          | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                       |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |
|               |     |                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                              |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |

۵-۴-۳) تحلیل نتایج آزمایش گازهای خون و سایر آزمایش‌های خونی معمول

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه در زمینه‌ی تحلیل نتایج گازهای خون و سایر آزمایش‌های خونی معمول، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                    | امتیاز                                                                                           |                                                                                    |                                                                                  |                                                             |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                                                                           | ۰                                                                                                | ۱                                                                                  | ۲                                                                                | غ.ق.۱                                                       |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                                                                                               | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۲ نفر موجود است<br>یا<br>مستندات بند «الف» برای<br>۳-۶ نفر موجود است | مستندات بند «الف» برای<br>۳-۶ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست             | مستندات بند «الف» برای<br>۷-۱۰ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است            | در بیمارستان‌هایی<br>که بخش ویژه<br>در آن موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                       | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی<br>تحلیل نتایج گازهای خونی و<br>سایر آزمایش‌های خونی معمول،<br>برای شما برگزار می‌شود؟<br>در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه برای ۰-۲<br>نفر حداقل سالانه آزمون<br>دوره‌ای مذکور برگزار می‌شود                  | براساس مصاحبه برای<br>۳-۶ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای ۷-۱۰<br>نفر حداقل سالانه آزمون<br>دوره‌ای مذکور برگزار می‌شود |                                                             |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                       | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                                                                              |                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                  |                                                             |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                          | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                    |                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                  |                                                             |
|               |     |                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                  |                                                             |
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                                                                    |                                                                                  |                                                             |

۴-۴-۵) آگاهی از وضعیت (position) مناسب برای بیماران بر حسب مورد

سنجه. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه در زمینه‌ی آگاهی از وضعیت (position) مناسب برای بیماران بر حسب مورد، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                     | امتیاز                                                                                   |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                 |    |         |    |                                                                                                                                            | ۰                                                                                        | ۱                                                                                        | ۲                                                                                        | ۱. غ.ق.                                                     |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه با<br>ارجحیت گروه‌های پرستاری                                                                                  | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۲ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۳-۶ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست                   | مستندات بند «الف» برای<br>۷-۱۰ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است                    | در بیمارستان‌هایی<br>که بخش ویژه<br>در آن موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                    | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی آگاهی<br>از وضعیت (position) مناسب برای<br>بیماران بر حسب مورد، برای شما<br>برگزار می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۰-۲ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۳-۶ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | و<br>براساس مصاحبه برای<br>۷-۱۰ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود |                                                             |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                    | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر<br>از کارکنان بالینی با ارجحیت<br>گروه‌های پرستاری                      | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                     |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |
|               |     |                                                                                                 | ط  |         |    |                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |

۵-۴-۵) پیشگیری و پیگیری درمان زخم فشاری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه در زمینه‌ی پیشگیری و درمان زخم فشاری، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                 | امتیاز                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                                                                        | ۰                                                                                        | ۱                                                                                  | ۲                                                                                   |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه با<br>ارجحیت گروه‌های پرستاری                                                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۰ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف»<br>برای ۳-۶ نفر<br>موجود است                                     | مستندات بند «الف»<br>برای ۷-۱۰ نفر<br>موجود است                                     |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                       | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی تحلیل<br>نتایج گازهای خونی و سایر آزمایش‌های<br>خونی معمول، برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۲-۰ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | حداقل سالانه نیست<br>یا                                                            | حداقل سالانه است<br>و                                                               |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                       | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                                                                           |                                                                                          | براساس مصاحبه<br>برای ۳-۶ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۷-۱۰ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ویژه<br>با ارجحیت گروه‌های پرستاری            | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                                                    |                                                                                     |
|               |     |                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                                                                        |                                                                                          |                                                                                    |                                                                                     |

۵-۴-۶) آگاهی از کار دستگاه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدائی

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه برای آگاهی از کار دستگاه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدایی آن، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                            | امتیاز                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                              |                                                             |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                                                                   | ۰                                                                                        | ۱                                                                                                             | ۲                                                                                                            | غ.ق.۱                                                       |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                                                                                       | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۲ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۳-۶ نفر موجود است                                                                   | مستندات بند «الف» برای<br>۷-۱۰ نفر موجود است                                                                 | در بیمارستان‌هایی<br>که بخش ویژه<br>در آن موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                       | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی آگاهی از کار<br>دستگاه ونتیلاتور و تنظیمات ابتدایی آن، برای<br>شما برگزار می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۰-۲ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | حداقل سالانه نیست<br>یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۳-۶ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | حداقل سالانه است<br>و<br>براساس مصاحبه برای<br>۷-۱۰ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |                                                             |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                       | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                              |                                                             |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                          | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                            |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                              |                                                             |
|               |     |                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                                                                   |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                              |                                                             |
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                                                                   |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                              |                                                             |

۵-۴-۷) آگاهی از نحوه ی مراقبت از بیماران بی‌قرار در بخش‌های ویژه

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه برای آگاهی از نحوه ی مراقبت از بیماران بی‌قرار در بخش‌های ویژه، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                      | امتیاز                                                                                   |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                 |    |         |    |                                                                                                                                             | ۰                                                                                        | ۱                                                                                        | ۲                                                                                        | غ.ق.۱                                                       |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه<br>با ارجحیت گروه‌های پرستاری                                                                                   | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۲ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۳-۶ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست                   | مستندات بند «الف» برای<br>۷-۱۰ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است                    | در بیمارستان‌هایی<br>که بخش ویژه<br>در آن موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                    | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه ی آگاهی<br>از نحوه ی مراقبت از بیماران بی‌قرار<br>در بخش‌های ویژه، برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۰-۲ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۳-۶ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | و<br>براساس مصاحبه برای<br>۷-۱۰ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود |                                                             |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                    | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                                                                                |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از کارکنان<br>بالینی با ارجحیت گروه‌های پرستاری                         | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |
|               |     |                                                                                                 | ط  |         |    |                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                          |                                                             |

۵-۴-۸) کنترل درد

سنجه. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش‌های ویژه در زمینه‌ی کنترل درد، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                            | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                  | امتیاز                                                                             |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                    |    |         |    |                                                                                         | ۰                                                                                  | ۱                                                                                  | ۲                                                                                   | غ.ق.۱                                                    |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی بخش‌های ویژه | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                                             | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۲ نفر موجود است<br>یا                                  | مستندات بند «الف»<br>برای ۳-۶ نفر<br>موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست          | مستندات بند «الف»<br>برای ۷-۱۰ نفر<br>موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است            | در بیمارستان‌هایی<br>که بخش ویژه در آن<br>موجود نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                       | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی<br>کنترل درد برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه برای<br>۰-۲ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | براساس مصاحبه<br>برای ۳-۶ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۷-۱۰ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود |                                                          |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                       | ز  |         | ل  | بخش‌های ویژه                                                                            |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ویژه                                          | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                                  |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |
|               |     |                                                                                                    | ط  |         |    |                                                                                         |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                     |                                                          |



۵-۵) انواعی از آگاهی‌ها و مهارت‌های کارکنان بخش مراقبت ویژه (ICU) که باید به طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل است:

۵-۵-۱) ارزیابی سطح هوشیاری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه (ICU) در زمینه‌ی ارزیابی سطح هوشیاری، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                       | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                    | امتیاز                                                                             |                                                                                          |                                                                                    |                                                         |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                               |    |         |    |                                                                                           | ۰                                                                                  | ۱                                                                                        | ۲                                                                                  | غ.ق.۱                                                   |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                    | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است<br>یا                                  | مستندات بند «الف»<br>برای ۲-۳ نفر<br>موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست                | مستندات بند «الف»<br>برای ۴-۵ نفر<br>موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است            | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که بخش<br>ICU موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                  | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در ارزیابی<br>سطح هوشیاری برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | یا<br>براساس مصاحبه<br>برای ۲-۳ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | براساس مصاحبه<br>برای ۴-۵ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود |                                                         |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                  | ز  |         | ل  | در بخش‌های ICU                                                                            |                                                                                    |                                                                                          |                                                                                    |                                                         |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ICU                                       | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های ICU                                                              |                                                                                    |                                                                                          |                                                                                    |                                                         |
|               |     |                                                                                               | ط  |         |    |                                                                                           |                                                                                    |                                                                                          |                                                                                    |                                                         |

۵-۲) آشنایی کامل با تغذیه و دارو درمانی بیماران دارای سطح هوشیاری پایین

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه (ICU) در زمینه‌ی آشنایی کامل با تغذیه و دارو درمانی بیماران دارای سطح هوشیاری پایین، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                       | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                               | امتیاز                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                             |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                               |    |         |    |                                                                                                                                                      | ۰                                                                                        | ۱                                                                                                             | ۲                                                                                                           |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون<br>دوره‌ای مذکور برای کارکنان<br>بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                                                                               | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است                                                                   | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است                                                                 |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                  | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی آشنایی<br>کامل با تغذیه و دارو درمانی بیماران<br>دارای سطح هوشیاری پایین، برای شما<br>برگزار می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۰-۱ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | حداقل سالانه نیست<br>یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۲-۳ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | حداقل سالانه است<br>و<br>براساس مصاحبه برای<br>۴-۵ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                  | ز  |         | ل  | در بخش‌های ICU                                                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های ICU                                       | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های ICU                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |
|               |     |                                                                                               | ط  |         |    |                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |
|               |     |                                                                                               |    |         |    |                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |

۵-۶) انواعی از آگاهی‌ها و مهارت‌های کارکنان بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU) که باید به طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل است:

۵-۶-۱) دفیبریلاسیون / کاردیوورژن

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU) در زمینه‌ی دفیبریلاسیون/ کاردیوورژن، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                 | امتیاز                                                                             |                                                                                    |                                                                                    |                                                      |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                        | ۰                                                                                  | ۱                                                                                  | ۲                                                                                  | غ.ق.۱                                                |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                                 | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است<br>یا                                  | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست             | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است               | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که بخش CCU<br>موجود نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                               | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی<br>دفیبریلاسیون/ کاردیوورژن برای شما<br>برگزار می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | براساس مصاحبه<br>برای ۲-۳ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۴-۵ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |                                                      |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های CCU                                                                                         |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |                                                      |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های CCU                                    | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های CCU                                                                           |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |                                                      |
|               |     |                                                                                            | ط  |         |    |                                                                                                        |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |                                                      |

## ۵-۶-۲) تشخیص و درمان ریتم‌های قلبی غیرطبیعی

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU) در زمینه‌ی تشخیص و درمان ریتم‌های قلبی غیر طبیعی، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                | امتیاز                                                                             |                                                                                    |                                                                                    |                                                         |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                                       | ۰                                                                                  | ۱                                                                                  | ۲                                                                                  | غ.ق.۱                                                   |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                                                | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است<br>یا                                  | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست             | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است               | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که بخش<br>CCU موجود<br>نمی باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                               | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی تشخیص<br>و درمان ریتم‌های قلبی غیرطبیعی برای<br>شما<br>برگزار می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۲-۳ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۴-۵ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |                                                         |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های CCU                                                                                                        |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |                                                         |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های CCU                                    | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های CCU                                                                                          |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |                                                         |
|               |     |                                                                                            | ط  |         |    |                                                                                                                       |                                                                                    |                                                                                    |                                                                                    |                                                         |

۵-۷) انواعی از آگاهی‌ها و مهارت‌های کارکنان بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) که باید به طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل است:

۵-۷-۱) پالس اکسیمتری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) در زمینه‌ی پالس اکسیمتری، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                      | امتیاز                                                                             |                                                   |                                                                                    |                                                          |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                             | ۰                                                                                  | ۱                                                 | ۲                                                                                  | غ.ق.۱                                                    |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                      | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است<br>یا                                  | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است<br>یا | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است<br>و          | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که بخش<br>NICU موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                               | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی<br>پالس اکسیمتری برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | حداقل سالانه نیست<br>یا                           | براساس مصاحبه برای<br>۲-۳ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |                                                          |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های NICU                                                                             |                                                                                    |                                                   |                                                                                    |                                                          |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از کارکنان<br>بالینی بخش‌های NICU                                   | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های NICU                                                               |                                                                                    |                                                   |                                                                                    |                                                          |
|               |     |                                                                                            | ط  |         |    |                                                                                             |                                                                                    |                                                   |                                                                                    |                                                          |

۵-۷-۲) لوله گذاری تنفسی نوزادان

سنجه. شواهد و مستندات نشان می دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) در زمینه‌ی احیا و لوله گذاری تنفسی نوزادان، حداقل سالانه انجام می شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                         | امتیاز                                                                                   |                                                                                          |                                                                                         |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                                | ۰                                                                                        | ۱                                                                                        | ۲                                                                                       |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                                         | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست                   | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است                    |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                               | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی احیا و<br>لوله گذاری تنفسی نوزادان، برای شما<br>برگزار می شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می شود | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۲-۳ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می شود | و<br>براساس مصاحبه<br>برای ۴-۵ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می شود |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های NICU                                                                                                |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                         |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از کارکنان<br>بالینی بخش‌های NICU                                   | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های NICU                                                                                  |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                         |
|               |     |                                                                                            | ط  |         |    |                                                                                                                |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                         |

### ۵-۷-۳) اکسیژن تراپی و حمایت‌های تنفسی

سنجه. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) در زمینه‌ی اکسیژن تراپی و حمایت‌های تنفسی، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                        | امتیاز                                                                                   |                                                                                    |                                                                                    |                                                |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                               | ۰                                                                                        | ۱                                                                                  | ۲                                                                                  | غ.ق.۱                                          |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                                        | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است                                        | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است                                        | در<br>بیمارستانی که بخش NICU<br>موجود نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                               | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی اکسیژن<br>تراپی و حمایت‌های تنفسی، برای شما<br>برگزار می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | یا<br>حداقل سالانه نیست                                                            | و<br>حداقل سالانه است                                                              |                                                |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های NICU                                                                                               |                                                                                          | براساس مصاحبه<br>برای ۲-۳ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | براساس مصاحبه<br>برای ۴-۵ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |                                                |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از کارکنان<br>بالینی بخش‌های NICU                                   | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های NICU                                                                                 |                                                                                          |                                                                                    |                                                                                    |                                                |
|               |     |                                                                                            | ط  |         |    |                                                                                                               |                                                                                          |                                                                                    |                                                                                    |                                                |

۵-۷-۴) مراقبت از مسیرهای نافی

سنجه. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) در زمینه‌ی مراقبت از مسیرهای نافی، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                               | امتیاز                                                                                   |                                                                                          |                                                                                    |                                                          |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                      | ۰                                                                                        | ۱                                                                                        | ۲                                                                                  | غ.ق.ا                                                    |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                               | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است<br>یا<br>حداقل سالانه نیست                   | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است<br>و<br>حداقل سالانه است               | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که بخش<br>NICU موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                               | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی مراقبت<br>از مسیرهای نافی برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | یا<br>براساس مصاحبه برای<br>۲-۳ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود | براساس مصاحبه برای<br>۴-۵ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |                                                          |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های NICU                                                                                      |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                    |                                                          |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های NICU<br>با ارجحیت گروه‌های پرستاری     | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های NICU                                                                        |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                    |                                                          |
|               |     |                                                                                            | ط  |         |    |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                    |                                                          |
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                          |                                                                                    |                                                          |



## ۵-۷-۵) مراقبت‌های حرارتی

سنجه. مستندات و شواهد نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای مهارت کارکنان بالینی بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) در زمینه‌ی مراقبت‌های حرارتی، حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                          | امتیاز                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                          |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                 | ۰                                                                                        | ۱                                                                                                             | ۲                                                                                                           | غ.ق.۱                                                    |
|               | الف | برنامه توسعه فردی<br>و<br>مستندات انجام آزمون دوره‌ای مذکور<br>برای کارکنان بالینی این بخش | ه  |         | ی  | کارکنان بالینی این بخش                                                                          | مستندات بند «الف» برای<br>۰-۱ نفر موجود است                                              | مستندات بند «الف» برای<br>۲-۳ نفر موجود است                                                                   | مستندات بند «الف» برای<br>۴-۵ نفر موجود است                                                                 | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که بخش<br>NICU موجود<br>نمی‌باشد |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                               | و  |         | ک  | آیا آزمون دوره‌ای در زمینه‌ی<br>مراقبت‌های حرارتی برای شما برگزار<br>می‌شود؟ در چه فواصل زمانی؟ | یا<br>براساس مصاحبه<br>برای ۰-۱ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | حداقل سالانه نیست<br>یا<br>براساس مصاحبه<br>برای ۲-۳ نفر حداقل<br>سالانه آزمون دوره‌ای<br>مذکور برگزار می‌شود | حداقل سالانه است<br>و<br>براساس مصاحبه برای<br>۴-۵ نفر حداقل سالانه<br>آزمون دوره‌ای مذکور<br>برگزار می‌شود |                                                          |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های NICU                                                                                 |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                          |
|               | د   | مستندات مربوط به ۵ نفر از<br>کارکنان بالینی بخش‌های NICU<br>با ارجحیت گروه‌های پرستاری     | ح  |         | م  | ۵ نفر از کارکنان بخش‌های NICU                                                                   |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                          |
|               |     |                                                                                            | ط  |         |    |                                                                                                 |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                          |
|               |     |                                                                                            |    |         |    |                                                                                                 |                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                             |                                                          |

۵-۸) انواعی از آگاهی‌ها و مهارت‌های کارکنان بخش بیهوشی و اتاق عمل که باید به طور منظم آزمون شوند، حداقل شامل موارد ذیل است:

۵-۸-۱) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان بیهوشی حداقل در رابطه با بیهوشی و آماده‌سازی کودکان، بی‌حسی‌های منطقه‌ای و مدیریت درد، صورت می‌گیرد.

سنجه ۱. آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان بیهوشی در زمینه بیهوشی و آماده‌سازی کودکان با توجه به برنامه توسعه فردی (PDP) آنان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی این بخش انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                        | امتیاز                                                                  |                                                                         |                                                                         |                                                      |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                         |    |         |    |                                                                                               | ۰                                                                       | ۱                                                                       | ۲                                                                       | غ.ق.۱                                                |
| ۱             | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان<br>رده‌های مختلف شغلی این بخش<br>و<br>آزمون‌ها و ارزیابی‌های<br>دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه  |         | ی  | از کارکنان بیهوشی                                                                             | براساس مستندات<br>آزمون برای ۱-۰ نفر<br>برگزار شده است                  | براساس مستندات<br>آزمون برای ۳-۲ نفر<br>برگزار شده است                  | براساس مستندات<br>آزمون برای ۵-۴ نفر<br>برگزار شده است                  | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که فاقد اتاق<br>عمل می‌باشند |
|               | ب   | فواصل زمانی تعیین شده                                                                                                   | و  |         | ک  | آیا در زمینه‌ی آماده سازی کودکان<br>آزمون دوره‌ای برگزار می‌شود در<br>چه زمانی برگزار شده است | یا<br>۱-۰ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آنها برگزار می‌شود | یا<br>۳-۲ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آنها برگزار می‌شود | یا<br>۵-۴ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آنها برگزار می‌شود |                                                      |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                            | ز  |         | ل  | بخش بیهوشی و اتاق عمل                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                      |
|               | د   | مستندات توسعه فردی و<br>آزمون‌های دوره‌ای مربوط به<br>۵ نفر از کارکنان بیهوشی                                           | ح  |         | م  | ۵ نفر                                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                      |
|               |     |                                                                                                                         | ط  |         |    |                                                                                               |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                      |
|               |     |                                                                                                                         |    |         |    |                                                                                               |                                                                         |                                                                         |                                                                         |                                                      |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان بیهوشی در زمینه بی‌حسی موضعی با توجه به برنامه توسعه فردی (PDP) آنان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی این بخش انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                   | امتیاز                                                            |                                                                   |                                                                   |                                                      |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                         |    |         |    |                                                                                          | ۰                                                                 | ۱                                                                 | ۲                                                                 | غ.ق.۱                                                |
| ۲             | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان<br>رده‌های مختلف شغلی این بخش<br>و<br>آزمون‌ها و ارزیابی‌های<br>دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه  |         | ی  | از کارکنان بیهوشی                                                                        | براساس مستندات<br>آزمون برای ۱-۰ نفر<br>برگزار شده است            | براساس مستندات<br>آزمون برای ۳-۲ نفر<br>برگزار شده است            | براساس مستندات<br>آزمون برای ۵-۴ نفر<br>برگزار شده است            | در<br>بیمارستان‌هایی<br>که فاقد اتاق<br>عمل می‌باشند |
|               | ب   | فواصل زمانی تعیین شده                                                                                                   | و  |         | ک  | آیا در زمینه بی‌حسی موضعی<br>آزمون دوره‌ای برگزار می‌شود؟ در<br>چه زمانی برگزار شده است؟ | یا                                                                | یا                                                                | یا                                                                |                                                      |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                            | ز  |         | ل  | بخش بیهوشی و اتاق عمل                                                                    | ۱-۰ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آنها برگزار می‌شود | ۳-۲ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آنها برگزار می‌شود | ۵-۴ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آنها برگزار می‌شود |                                                      |
|               | د   | مستندات توسعه فردی و<br>آزمون‌های دوره‌ای مربوط به<br>۵ نفر از کارکنان بیهوشی                                           | ح  |         | م  | ۵ نفر                                                                                    |                                                                   |                                                                   |                                                                   |                                                      |
|               |     |                                                                                                                         | ط  |         |    |                                                                                          |                                                                   |                                                                   |                                                                   |                                                      |
|               |     |                                                                                                                         |    |         |    |                                                                                          |                                                                   |                                                                   |                                                                   |                                                      |

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان بیهوشی در زمینه مدیریت درد با توجه به برنامه توسعه فردی (PDP) آنان در فواصل زمانی تعیین شده از سوی این بخش انجام می‌شود.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                             | امتیاز                                                          |                                                                 |                                                                 |                                             |
|------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|            |     |                                                                                                             |    |         |    |                                                                                    | ۰                                                               | ۱                                                               | ۲                                                               | غ.ق.۱                                       |
| ۳          | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی این بخش و آزمون‌ها و ارزیابی‌های دوره‌ای انجام شده منطبق بر آن | ه  |         | ی  | از کارکنان بیهوشی                                                                  | براساس مستندات آزمون برای ۱-۰ نفر برگزار شده است                | براساس مستندات آزمون برای ۳-۲ نفر برگزار شده است                | براساس مستندات آزمون برای ۵-۴ نفر برگزار شده است                | در بیمارستان‌هایی که فاقد اتاق عمل می‌باشند |
|            | ب   | فواصل زمانی تعیین شده                                                                                       | و  |         | ک  | آیا در زمینه‌ی مدیریت درد آزمون دوره‌ای برگزار می‌شود؟ در چه زمانی برگزار شده است؟ | یا ۱-۰ نفر اظهار کنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا ۳-۲ نفر اظهار کنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود | یا ۵-۴ نفر اظهار کنند که آزمون دوره‌ای برای آن‌ها برگزار می‌شود |                                             |
|            | ج   | در بیمارستان                                                                                                | ز  |         | ل  | بخش بیهوشی و اتاق عمل                                                              |                                                                 |                                                                 |                                                                 |                                             |
|            | د   | مستندات توسعه فردی و آزمون‌های دوره‌ای مربوط به ۵ نفر از کارکنان بیهوشی                                     | ح  |         | م  | ۵ نفر                                                                              |                                                                 |                                                                 |                                                                 |                                             |
|            |     |                                                                                                             | ط  |         |    |                                                                                    |                                                                 |                                                                 |                                                                 |                                             |

۵-۸-۲) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان مرتبط در واحد تغذیه، براساس کتاب “فرآیندهای مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌های کشور” صورت می‌گیرد.

سنجه. آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان واحد تغذیه با توجه به برنامه توسعه فردی (PDP)، کتاب فرآیندهای مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌های کشور و فرم‌های ارزیابی تغذیه ای، در فواصل زمانی تعیین شده از سوی این واحد انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                     | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                     | امتیاز                                                             |                                                                    |                                                                    |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                             |    |         |    |                                                                                                            | ۰                                                                  | ۱                                                                  | ۲                                                                  | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه توسعه فردی کارکنان<br>رده‌های مختلف شغلی این واحد<br>و<br>آزمون‌ها و ارزیابی‌های<br>دوره‌ای انجام شده منطبق برموارد<br>مندرج در سنجه و شرح وظایف فرد | ه  |         | ی  | از کارکنان واحد تغذیه                                                                                      | براساس مستندات<br>آزمون برای ۱-۰ نفر<br>برگزار شده است<br>یا       | براساس مستندات<br>آزمون برای ۳-۲ نفر<br>برگزار شده است<br>یا       | براساس مستندات<br>آزمون برای ۵-۴ نفر<br>برگزار شده است<br>یا       |       |
|               | ب   | فواصل زمانی تعیین شده                                                                                                                                       | و  |         | ک  | آیا در زمینه‌ی فرآیندهای مدیریت<br>خدمات غذایی آزمون دوره‌ای برگزار<br>می‌شود؟ در چه زمانی برگزار شده است؟ | ۱-۰ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آن‌ها برگزار می‌شود | ۳-۲ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آن‌ها برگزار می‌شود | ۵-۴ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌ای برای<br>آن‌ها برگزار می‌شود |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                                | ز  |         | ل  | واحد تغذیه و آشپزخانه                                                                                      |                                                                    |                                                                    |                                                                    |       |
|               | د   | مستندات توسعه فردی و<br>آزمون‌های دوره‌ای مربوط به ۵<br>نفر از کارکنان واحد تغذیه                                                                           | ح  |         | م  | ۵ نفر                                                                                                      |                                                                    |                                                                    |                                                                    |       |
|               |     |                                                                                                                                                             | ط  |         |    |                                                                                                            |                                                                    |                                                                    |                                                                    |       |

۵-۸-۳) آزمون‌های توانمندی دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان مرتبط با واحد بهداشت محیط، صورت می‌گیرد.

سنجه. آزمون دوره‌ای جهت کسب اطمینان از مهارت کارکنان مرتبط با واحد بهداشت محیط با توجه به برنامه توسعه فردی (PDP) و دوره‌های آموزشی مدون معاونت بهداشتی از سوی این واحد حداقل سالانه انجام می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                               | امتیاز                                                              |                                                                     |                                                                     |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                           |    |         |    |                                                                                      | ۰                                                                   | ۱                                                                   | ۲                                                                   |
|               | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات<br>گذراندن دوره‌های باز آموزی در برنامه       | ه  |         | ی  | از کارکنان این واحد در<br>رده‌های مختلف شغلی                                         | براساس مستندات<br>آزمون برای ۱-۰ نفر<br>برگزار شده است              | براساس مستندات<br>آزمون برای ۳-۲ نفر<br>برگزار شده است              | براساس مستندات<br>آزمون برای ۵-۴ نفر<br>برگزار شده است              |
|               | ب   | حداقل شامل دوره‌های<br>آموزشی سالانه مدون معاونت<br>بهداشتی دانشگاه متبوع | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان<br>چه آزمون‌هایی و در چه زمانی<br>برای شما برگزار شده است؟ | یا                                                                  | یا                                                                  | یا                                                                  |
|               | ج   | در بیمارستان                                                              | ز  |         | ل  | در این واحد                                                                          | ۱-۰ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌های برای<br>آن‌ها برگزار می‌شود | ۳-۲ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌های برای<br>آن‌ها برگزار می‌شود | ۵-۴ نفر اظهار کنند<br>که آزمون دوره‌های برای<br>آن‌ها برگزار می‌شود |
|               | د   | ۵ برنامه توسعه فردی کارکنان<br>رده‌های مختلف شغلی این واحد                | ح  |         | م  | ۵ نفر ترجیحا کسانی که مستندات<br>آن‌ها کنترل شده است<br>(به صورت حضوری یا تلفنی)     |                                                                     |                                                                     |                                                                     |
|               |     |                                                                           | ط  |         |    |                                                                                      |                                                                     |                                                                     |                                                                     |

۵-۹) اثربخشی اقدامهای اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

سنجه. شاخص‌های اثربخشی اقدامهای اصلاحی در دو سطح تعیین شده‌اند، سطح اول براساس نتایج پیش آزمون و پس آزمون اقدامهای اصلاحی و سطح دوم براساس شاخص‌های اصلی بخش‌ها/ واحدها مانند میزان رضایت بیماران و کارکنان، میزان حوادث ناخواسته، CPR موفق و....هم چنین اثربخشی اقدامهای اصلاحی انجام شده، در جهت ارتقای توانمندی کارکنان و رفع نارسایی‌های شناسایی شده براساس نتایج آزمون‌های دوره‌ای و تحلیل شاخص‌های کلیدی عملکرد بررسی می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                |                                                                                  |                                             |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                         |    |         |    |        | ۰                                     | ۱                                                                                | ۲                                           | غ.ق.۱ |
|               | الف | شاخص‌های تعیین شده در ۲ سطح برای بررسی اثربخشی اقدامهای اصلاحی و مستندات سنجش و تحلیل شاخص‌ها در دو سطح | ه  |         | ی  |        | شاخص‌ها در دو سطح تعیین نشده          | شاخص‌ها فقط در یک سطح تعیین شده است یا                                           | شاخص‌ها در ۲ سطح تعیین شده است              |       |
|               | ب   |                                                                                                         | و  |         | ک  |        | یا                                    | برای برخی اقدامهای اصلاحی در یک سطح و                                            | و                                           |       |
|               | ج   | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                               | ز  |         | ل  |        | در ۲۰-۶۰٪ موارد شاخص‌ها تعیین شده است | برای برخی اقدامهای اصلاحی در یک سطح و تعیین شده است                              | در ۶۱-۱۰۰٪ موارد شاخص‌ها تعیین شده است      |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                                                                                                 | ح  |         | م  |        | یا                                    | یا                                                                               | و                                           |       |
|               |     |                                                                                                         | ط  |         |    |        | سنجش و تحلیل شاخص‌ها انجام نشده است   | در ۲۱-۶۰٪ موارد شاخص‌ها تعیین شده است یا سنجش و تحلیل شاخص‌ها ناقص انجام شده است | سنجش و تحلیل شاخص‌ها در ۲ سطح انجام شده است |       |

## ۶) آموزش و توانمندسازی کارکنان\*

۶-۱) بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان هر بخش / واحد، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که بخش‌ها / واحدها نیاز سنجی آموزشی سالانه کارکنان را براساس شرح وظایف، برنامه استراتژیک، بهبود کیفیت، تحلیل شاخص‌ها و سیستم گزارش خطاها انجام داده و نتایج را به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان تحویل می‌نماید و براساس نیاز سنجی آموزشی انجام شده برای تمامی کارکنان بخش‌ها / واحدها با مشارکت آنان برنامه توسعه فردی تدوین شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                           | امتیاز                                                                            |                                                                                   |                                                                                   |         |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
|               |     |                                                                                                                                                       |    |         |    |                                                                                  | ۰                                                                                 | ۱                                                                                 | ۲                                                                                 | ۱. غ.ق. |
|               | الف | گزارش ارزیابی سالانه<br>نیازهای آموزشی کارکنان و<br>برنامه توسعه فردی آنان                                                                            | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                 | گزارش وجود ندارد یا<br>برنامه توسعه فردی<br>از الگوی مورد نظر<br>تبعیت نمی‌کند    | گزارش وجود دارد و<br>برنامه توسعه فردی<br>از الگوی مورد نظر<br>تبعیت می‌کند       | گزارش وجود دارد و<br>برنامه توسعه فردی<br>از الگوی مورد نظر<br>تبعیت می‌کند       |         |
|               | ب   | با استفاده از موارد مندرج در<br>سنجه در تهیه گزارش و مشخصات<br>مطابق الگوی برنامه توسعه فردی<br>مورد اشاره در محور آزمون<br>صلاحیت و توانمندی کارکنان | و  |         | ک  | برنامه توسعه فردی شما<br>چگونه تنظیم شده است؟                                    | یا<br>از موارد مندرج<br>در بند «ب» اصلا<br>استفاده نشده است                       | و<br>از بخشی از موارد<br>مندرج در بند «ب»<br>استفاده شده است                      | و<br>از تمامی موارد<br>مندرج در بند «ب»<br>استفاده شده است                        |         |
|               | ج   | در پرونده پرسنلی کارکنان<br>بخش‌ها / واحدها مختلف                                                                                                     | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                        | یا<br>برای ۰-۲ نفر<br>برنامه توسعه فردی<br>تدوین شده است                          | اما<br>برای ۳-۶ نفر<br>برنامه توسعه فردی<br>تدوین شده است                         | و<br>برای ۷-۱۰ نفر<br>برنامه توسعه فردی<br>تدوین شده است                          |         |
|               | د   | مستندات مربوط به ۱۰ نفر<br>از رده‌های مختلف شغلی                                                                                                      | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحا کسانی که<br>مستندات آنها کنترل شده است<br>(به صورت حضوری یا تلفنی) | یا<br>اظهارات ۰-۲ نفر مؤید<br>مشارکت کارکنان<br>در تدوین برنامه<br>توسعه فردی است | یا<br>اظهارات ۳-۶ نفر مؤید<br>مشارکت کارکنان<br>در تدوین برنامه<br>توسعه فردی است | و<br>اظهارات ۷-۱۰ نفر<br>مؤید مشارکت کارکنان<br>در تدوین برنامه<br>توسعه فردی است |         |
|               |     |                                                                                                                                                       | ط  |         |    |                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |         |
|               |     |                                                                                                                                                       |    |         |    |                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |         |

\*تذکر: مستندات مربوط به این محور و سایر محورها به استثنای مستندات مربوط به پرونده بیمار، می تواند به صورت کاغذی/الکترونیک باشد که فرم الکترونیک ارجح است.



۲-۶) تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک‌بار می‌گذرانند.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی را براساس برنامه توسعه فردی خود حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                       | امتیاز                                                                |                                                                       |                                                                        |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                  |    |         |    |                                                                                                                              | ۰                                                                     | ۱                                                                     | ۲                                                                      | غ.ق.ا |
|               | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره‌های توصیه شده در برنامه | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                             | براساس مستندات ۲-۰ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | براساس مستندات ۳-۶ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند | براساس مستندات ۱۰-۷ نفر برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند |       |
|               | ب   |                                                                  | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان چه دوره‌های آموزشی برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده اید؟ در چه زمانی؟ | یا                                                                    | یا                                                                    | و                                                                      |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                     | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                    | ۲-۰ نفر اظهار کنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند     | ۳-۶ نفر اظهار کنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند     | ۱۰-۷ نفر اظهار کنند برنامه آموزشی را در زمان تعیین شده گذرانده‌اند     |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی                  | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی)                                                 |                                                                       |                                                                       |                                                                        |       |
|               |     |                                                                  | ط  |         |    |                                                                                                                              |                                                                       |                                                                       |                                                                        |       |

۳-۶) تمام کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه را در فواصل زمانی مناسب (حداقل سالانه) می‌گذرانند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                         | امتیاز                                                                                |   |                                                                            |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                |    |         |    |                                                                                                                                                | ۰                                                                                     | ۱ | ۲                                                                          | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه در آن | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                                               | حتی یک نفر از کارکنان برنامه انجام احیای قلبی-ریوی پایه را حداقل سالانه نگذرانده باشد |   | تمامی ۱۰ نفر برنامه انجام احیای قلبی-ریوی پایه را حداقل سالانه گذرانده‌اند |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                   | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی‌تان دوره اجرای صحیح احیای قلبی-ریوی پایه برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ |                                                                                       |   |                                                                            |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                   | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                                      |                                                                                       |   |                                                                            |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی                                | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی)                                                                    |                                                                                       |   |                                                                            |       |
|               |     |                                                                                | ط  |         |    |                                                                                                                                                |                                                                                       |   |                                                                            |       |

۴-۶) پزشکان و پرستاران بخش‌های ویژه، اورژانس و اتاق عمل، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی- ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پزشکان و پرستاران بخش‌های ویژه، اورژانس و اتاق عمل آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی- ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                     | امتیاز                                                                                                          |   |                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                  |    |         |    |                                                                                                                                                            | ۰                                                                                                               | ۱ | ۲                                                                                                               | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره انجام احیای قلبی- ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور | ه  |         | ی  | از کارکنان پزشک و پرستار بخش‌های مندرج در استاندارد                                                                                                        | حتی یک نفر برنامه انجام احیای قلبی- ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، مربوطه را حداقل سالانه نگذرانده باشد |   | تمامی ۱۰ نفر برنامه انجام احیای قلبی- ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                     | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره انجام احیای قلبی- عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ |                                                                                                                 |   |                                                                                                                 |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                     | ز  |         | ل  | بخش‌های مندرج در استاندارد                                                                                                                                 |                                                                                                                 |   |                                                                                                                 |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی کارکنان رده شغلی پزشک و پرستار                                              | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی)                                                                               |                                                                                                                 |   |                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                  | ط  |         |    |                                                                                                                                                            |                                                                                                                 |   |                                                                                                                 |       |

۵-۶) تمام کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان و ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان در زمینه‌ی نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان و ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی به‌طور مستمر (حداقل سالانه) آموزش می‌بینند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                                                                       | امتیاز                                                                  |                                                                         |                                                                          |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                       |    |         |    |                                                                                                                                                                                                                              | ۰                                                                       | ۱                                                                       | ۲                                                                        | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان و ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                                                                                                                             | براساس مستندات ۰-۲ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۳-۶ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند | براساس مستندات ۷-۱۰ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                                                                          | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره در زمینه‌ی نقشتان در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان و ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ | ۰-۲ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند    | یا ۳-۶ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند | و ۷-۱۰ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند  |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                          | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                          |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های مختلف شغلی                                                                                                       | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به‌صورت حضوری یا تلفنی)                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                         |                                                                          |       |
|               |     |                                                                                                                                                       | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         |                                                                         |                                                                          |       |
|               |     |                                                                                                                                                       |    |         |    |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         |                                                                         |                                                                          |       |

۶-۶) تمام کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان در زمینه مدیریت خطر (حداقل شامل ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی و مدیریت بحران)، سالانه آموزش می‌بینند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان دوره آموزشی در زمینه مدیریت خطر (حداقل شامل ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی و مدیریت بحران) را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                              | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                                                                      | امتیاز                                                                     |                                                                            |                                                                            |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                      |    |         |    |                                                                                                                                                                                                                             | ۰                                                                          | ۱                                                                          | ۲                                                                          | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی مدیریت خطر (حداقل شامل ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی و مدیریت بحران) در آن | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                                                                                                                            | براساس مستندات ۰-۲ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا | براساس مستندات ۳-۶ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند یا | براساس مستندات ۷-۱۰ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند و |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                                                                         | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی آموزشی مدیریت خطر (حداقل شامل ایمنی بیمار، کنترل عفونت، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی و مدیریت بحران) برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده اید؟ در چه زمانی؟ | ۰-۲ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند       | ۳-۶ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند       | ۷-۱۰ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند      |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                                         | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |                                                                            |                                                                            |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی                                                                                                    | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به‌صورت حضوری یا تلفنی)                                                                                                                                                |                                                                            |                                                                            |                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                                      | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |                                                                            |                                                                            |       |

۶-۷) تمام کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان حداقل یک بار در سال، در مانور آتش نشانی انجام می‌دهند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند با مشارکت بخش‌ها / واحدها مانور آتش نشانی که عبارتست از تمرین شبیه سازی شده و ساختگی بدون تخلیه و ایجاد استرس برای بیماران جهت پیشگیری، کنترل و بازگشت به حالت اولیه در موارد آتش سوزی، حداقل سالانه برگزار می‌گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                      | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                      | امتیاز                                                                                                     |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                              |    |         |    |                                                                             | ۰                                                                                                          | ۱                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                      | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | مستندات برگزاری مانور آتش نشانی در بیمارستان | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                            | مستندات برگزاری مانور آتش نشانی وجود ندارد<br>یا<br>۲-۰ نفر اظهار کنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند | مستندات برگزاری مانور آتش نشانی وجود دارد<br>اما<br>در فواصل بیش از یک سال برگزار می‌شود<br>یا<br>۳-۶ نفر اظهار کنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند | مستندات برگزاری مانور آتش نشانی وجود دارد<br>و<br>سالانه برگزار می‌شود<br>و<br>۱۰-۷ نفر اظهار کنند که در تمرین مربوطه مشارکت داشته‌اند |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                 | و  |         | ک  | آیا در مانور آتش‌نشانی این بخش مشارکت نموده‌اید و در چه زمانی؟              |                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                 | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                   |                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |       |
|               | د   |                                              | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحا کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی) |                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |       |
|               |     |                                              | ط  |         |    |                                                                             |                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان دوره آموزشی در زمینه بهداشت محیط را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                            | امتیاز                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                   |    |         |    |                                                                                                                                   | ۰                                                                                                                               | ۱                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                      | غ.ق.ا |
| ۲             | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی بهداشت محیط در آن | ه  |         | ی  | از کارکنان در رده‌های مختلف شغلی                                                                                                  | براساس مستندات ۰-۲ نفر حداقل سالانه گذرانده باشند<br>یا<br>۰-۲ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند | براساس مستندات ۳-۶ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند<br>یا<br>۳-۶ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند | براساس مستندات ۷-۱۰ نفر دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده باشند<br>و<br>۷-۱۰ نفر اظهار کنند که دوره آموزشی مربوطه را حداقل سالانه گذرانده‌اند |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                      | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی بهداشت محیط برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ در چه زمانی؟ |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |       |
|               | ج   | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                         | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی و کارکنان رده‌های مختلف شغلی                 | ح  |         | م  | ۱۰ نفر ترجیحاً کسانی که مستندات آن‌ها کنترل شده است (به صورت حضوری یا تلفنی)                                                      |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |       |
|               |     |                                                                   | ط  |         |    |                                                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |       |
|               |     |                                                                   |    |         |    |                                                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |       |

۶-۸) دوره‌های آموزشی آتش نشانی پیشرفته حداقل شامل موارد ذیل می باشد:

۶-۸-۱) مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش سوزی

۶-۸-۲) کار با کپسول آتش نشانی و جعبه‌های آب آتش نشانی به منظور کسب مهارت عملی

۶-۸-۳) نقش کارکنان در برنامه ایمنی آتش (به ویژه نگهبان‌ها ومسئولین ایمنی)

۶-۸-۴) نگهداری ایمن از مواد قابل اشتعال و خطرناک

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند دوره‌های آموزشی آتش نشانی شامل موارد مندرج در استاندارد برای تیم آتش نشانی بیمارستان برگزار می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                  | امتیاز                                                            |                                                                |                                                             |       |
|---------------|-----|--------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                |    |         |    |                                                                                                         | ۰                                                                 | ۱                                                              | ۲                                                           | غ.ق.۱ |
|               | الف | مستندات محتوای دوره برگزار شده | ه  |         | ی  | تیم آتش نشانی بیمارستان                                                                                 | دوره آموزشی براساس مستندات شامل هیچ‌یک از مندرجات استاندارد نباشد | دوره آموزشی براساس مستندات شامل برخی از مندرجات استاندارد باشد | دوره آموزشی براساس مستندات شامل تمام مندرجات استاندارد باشد |       |
|               | ب   | شامل موارد مندرج در استاندارد  | و  |         | ک  | این که دوره آموزشی آتش‌نشانی که در آن شرکت کرده‌اند شامل تمام موارد مندرج در استاندارد بوده است یا خیر؟ | یا                                                                | یا                                                             | و                                                           |       |
|               | ج   | در بیمارستان                   | ز  |         | ل  | در بیمارستان                                                                                            | ۲-۰ نفر اظهار                                                     | ۶-۳ نفر اظهار                                                  | ۱۰-۷ نفر اظهار                                              |       |
|               | د   |                                | ح  |         | م  | ۱۰ نفر*                                                                                                 | کنند که دوره شامل موارد مندرج در استاندارد بوده است               | کنند که دوره شامل موارد مندرج در استاندارد بوده است            | کنند که دوره شامل موارد مندرج در استاندارد بوده است         |       |
|               |     |                                | ط  |         |    |                                                                                                         | استاندارد بوده است                                                | استاندارد بوده است                                             | استاندارد بوده است                                          |       |

\* تذکر: در مواردی که تعداد افراد تیم آتش نشانی کمتر از ۱۰ نفر باشد، با آن‌ها مصاحبه شده و براساس درصد، امتیاز داده می‌شود.



۶-۹) آموزش تخلیه اماکن در هنگام آتش سوزی شامل:

۶-۹-۱) مباحث تئوری.

۶-۹-۲) آموزش عملی

سنجه. مستندات نشان می‌دهند آموزش تئوری و عملی تخلیه اماکن در هنگام آتش‌سوزی برای تیم آتش‌نشانی بیمارستان اجرا شده است. (به‌صورت شبیه‌سازی شده و بدون ایجاد استرس برای بیماران و همراهان)

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                       | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                           | امتیاز                                                  |                                                         |                                                         |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                               |    |         |    |                                                                  | ۰                                                       | ۱                                                       | ۲                                                       | غ.ق.۱ |
|               | الف | مستندات نحوه برگزاری دوره                                     | ه  |         | ی  | تیم آتش‌نشانی بیمارستان                                          | براساس مستندات دوره شامل مباحث تئوری و عملی تخلیه نباشد | براساس مستندات دوره شامل مباحث تئوری و عملی تخلیه نباشد | براساس مستندات دوره شامل مباحث تئوری و عملی تخلیه نباشد |       |
|               | ب   | واجد بخش‌های تئوری و عملی تخلیه اماکن و به‌صورت شبیه‌سازی شده | و  |         | ک  | این‌که دوره آموزشی شامل مباحث تئوری و عملی تخلیه بوده است یا خیر | یا                                                      | اما                                                     | و                                                       |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                  | ز  |         | ل  | در بیمارستان                                                     | اظهارات ۲-۰ نفر مؤید برگزاری دوره مذکور باشد            | اظهارات ۶-۳ نفر مؤید برگزاری دوره مذکور باشد            | اظهارات ۱۰-۷ نفر مؤید برگزاری دوره مذکور باشد           |       |
|               | د   |                                                               | ح  |         | م  | ۱۰ نفر*                                                          |                                                         |                                                         |                                                         |       |
|               |     |                                                               | ط  |         |    |                                                                  |                                                         |                                                         |                                                         |       |
|               |     |                                                               |    |         |    |                                                                  |                                                         |                                                         |                                                         |       |

\* تذکر: در مواردی که تعداد افراد تیم آتش‌نشانی کمتر از ۱۰ نفر باشد، با آن‌ها مصاحبه شده و براساس درصد، امتیاز داده می‌شود.

۶-۱۰) متخصص داروسازی بالینی یا داروساز عمومی، به‌طور منظم و بر حسب نیاز سنجی آموزشی برای کارکنان بالینی، دوره‌های آموزشی دارویی و لوازم مصرفی پزشکی را برگزار می‌نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند کارکنان بالینی آموزش‌های لازم در زمینه دارو و لوازم مصرفی پزشکی مرتبط (مانند روش استفاده از سرنگ‌های جدید) را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                        | امتیاز                                                                                      |                                                                                           |                                                                                            |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                         |    |         |    |                                                                                                                               | ۰                                                                                           | ۱                                                                                         | ۲                                                                                          | غ.ق.ا |
|               | الف | مستندات نیاز سنجی آموزشی در زمینه آموزش دارو و لوازم مصرفی پزشکی و برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره آموزشی دارویی و لوازم مصرفی | ه  |         | ی  | از کارکنان بالینی                                                                                                             | مستندات نیاز سنجی آموزشی مذکور موجود نباشد<br>یا<br>براساس مستندات ۲-۰ نفر آموزش دیده باشند | مستندات نیاز سنجی آموزشی مذکور موجود باشد<br>و<br>براساس مستندات ۳-۶ نفر آموزش دیده باشند | مستندات نیاز سنجی آموزشی مذکور موجود باشد<br>و<br>براساس مستندات ۱۰-۷ نفر آموزش دیده باشند |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                                                                                                            | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره آموزشی دارویی و لوازم مصرفی برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده‌اید؟ | یا<br>۲-۰ نفر اظهار کنند آموزش دیده‌اند                                                     | یا<br>۳-۶ نفر اظهار کنند آموزش دیده‌اند                                                   | و<br>۱۰-۷ نفر اظهار کنند آموزش دیده‌اند                                                    |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                            | ز  |         | ل  | در بیمارستان                                                                                                                  |                                                                                             |                                                                                           |                                                                                            |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی کارکنان رده‌های شغلی متفاوت                                                                                        | ح  |         | م  | ۱۰ نفر که برنامه توسعه فردی آنان رویت شده است                                                                                 |                                                                                             |                                                                                           |                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                                                         | ط  |         | ن  |                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                                           |                                                                                            |       |

۶-۱۱) تمام کارکنان داروخانه و پزشکان و پرستاران در زمینه اشتباهات دارویی (Medication Error) آموزش می‌بینند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند تمامی پزشکان و پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه اشتباهات دارویی (Medication Error) را حداقل سالانه می‌گذرانند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                            | امتیاز                                           |                                                  |                                                  |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------|----|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                          |    |         |    |                                                                                                                   | ۰                                                | ۱                                                | ۲                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | برنامه توسعه فردی و مستندات گذراندن دوره اشتباهات دارویی | ه  |         | ی  | از کارکنان پزشک و پرستار                                                                                          | براساس مستندات ۰-۲<br>نفر آموزش دیده باشند<br>یا | براساس مستندات ۳-۶<br>نفر آموزش دیده باشند<br>یا | براساس مستندات ۷-۱۰<br>نفر آموزش دیده باشند<br>و |       |
|               | ب   | حداقل سالانه                                             | و  |         | ک  | طبق برنامه توسعه فردی تان دوره اشتباهات دارویی برای شما در نظر گرفته شده و در چه زمانی؟ آیا آن‌ها را گذرانده اید؟ | ۰-۲ نفر اظهار کنند<br>آموزش دیده‌اند             | ۳-۶ نفر اظهار کنند<br>آموزش دیده‌اند             | ۷-۱۰ نفر اظهار کنند<br>آموزش دیده‌اند            |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                             | ز  |         | ل  | در بیمارستان                                                                                                      |                                                  |                                                  |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ برنامه توسعه فردی کارکنان رده شغلی پزشک و پرستار      | ح  |         | م  | ۱۰ نفر که برنامه توسعه فردی آنان رویت شده است                                                                     |                                                  |                                                  |                                                  |       |
|               |     |                                                          | ط  |         | ن  |                                                                                                                   |                                                  |                                                  |                                                  |       |

۶-۱۲) نگهبان‌ها دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌اند یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارند.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند نگهبان‌ها دوره‌های آموزشی امنیتی و دفاع شخصی را گذرانده‌اند یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارند.\*

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                      | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                     |                                            |                                            |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                              |    |         |    |        | ۰                                          | ۱                                          | ۲                                          | غ.ق.ا |
|               | الف | گواهی دوره آموزشی امنیتی<br>به تایید حراست یا انتظامات<br>بیمارستان و دوره دفاع شخصی<br>یا<br>۲ سال سابقه کار در پست نگهبانی | ه  |         | ی  |        | ۱-۰ نگهبان شرایط<br>مندرج در سنجه را دارند | ۳-۲ نگهبان شرایط<br>مندرج در سنجه را دارند | ۵-۴ نگهبان شرایط<br>مندرج در سنجه را دارند |       |
|               | ب   | ۵ نگهبان مربوط به قسمت‌های<br>مختلف بیمارستان که حتما<br>اورژانس را شامل شود                                                 | و  |         | ک  |        |                                            |                                            |                                            |       |
|               | ج   | پرونده پرسنلی نگهبان‌ها                                                                                                      | ز  |         | ل  |        |                                            |                                            |                                            |       |
|               | د   |                                                                                                                              | ح  |         | م  |        |                                            |                                            |                                            |       |
|               |     |                                                                                                                              | ط  |         |    |        |                                            |                                            |                                            |       |

\*تذکر: اگر بخش، نگهبان مخصوص به خود داشته باشد، بررسی در مورد وی صورت خواهد گرفت و اگر نداشته باشد می‌توان بررسی را در مورد نگهبانی که با فراخوان به بخش می‌آید یا نگهبانی که به‌طور تصادفی انتخاب می‌شود انجام داد. (اورژانس باید حتما نگهبان مخصوص داشته باشد و در غیر این‌صورت، از پنج نمونه گرفته شده، امتیاز نمونه مربوطه به اورژانس، صفر خواهد بود).

## ۷) کتابچه/مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۷-۱) کتابچه/مجموعه (کاغذی / الکترونیک) ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، براساس برنامه مدیریت خطر بیمارستان تدوین شده و در بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان موجود می‌باشد که شامل موارد ذیل است:

۷-۱-۱) اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط

۷-۱-۲) اطلاعات اختصاصی هر بخش یا واحد

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه. کتابچه/ مجموعه (کاغذی/ الکترونیک) ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط با توجه به برنامه مدیریت خطر بیمارستان تدوین شده است و در دسترس کارکنان بخش‌ها و واحدها است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                     | امتیاز                                 |                                      |                                      |       |
|------------|-----|------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|
|            |     |                                                |    |         |    |                                                                            | ۰                                      | ۱                                    | ۲                                    | غ.ق.۱ |
|            | الف | کتابچه/ مجموعه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط | ه  |         | ی  | از رده‌های مختلف شغلی                                                      | کتابچه/ مجموعه موجود نباشد             | کتابچه/ مجموعه موجود باشد            | کتابچه/ مجموعه موجود باشد            |       |
|            | ب   | منطبق با مندرجات استاندارد                     | و  |         | ک  | اگر کتابچه ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط در دسترس شماس آن را باهم ببینیم | یا<br>منطبق با مندرجات استاندارد نباشد | و<br>منطبق با مندرجات استاندارد باشد | و<br>منطبق با مندرجات استاندارد باشد |       |
|            | ج   | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                      | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                  | یا                                     | اما                                  | و                                    |       |
|            | د   |                                                | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                     | ۰-۲ نفر دسترسی داشته باشند             | ۳-۶ نفر دسترسی داشته باشند           | ۷-۱۰ نفر دسترسی داشته باشند          |       |
|            |     |                                                | ط  |         |    |                                                                            |                                        |                                      |                                      |       |

۷-۲) اطلاع رسانی در خصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش‌ها و واحدهای مختلف، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

سنجه ۱. بروشور (جزوه آموزشی) با تاکید بر مهمترین مطالب کتابچه با توجه به اولویت‌های برنامه مدیریت خطر بیمارستان و موارد جدیدی که هنوز وارد این ویرایش کتابچه نشده است، تدوین شده و در دسترس کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                   | امتیاز                     |                                               |                                                  |       |
|------------|-----|------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                  |    |         |    |                                                          | ۰                          | ۱                                             | ۲                                                | غ.ق.۱ |
| ۱          | الف | بروشور (جزوه آموزشی)                                             | ه  |         | ی  | از رده‌های مختلف شغلی                                    | ۰-۲ نفر دسترسی داشته باشند | ۳-۶ نفر دسترسی داشته باشند                    | ۷-۱۰ نفر دسترسی داشته باشند                      |       |
|            | ب   | با مشخصات مندرج در سنجه و اولویت‌های برنامه مدیریت خطر بیمارستان | و  |         | ک  | اگر بروشور (جزوه آموزشی) در دسترس شماس آن را باهم ببینیم | یا                         | بروشور حاوی مهم‌ترین نکات* و موارد جدید نباشد | و<br>بروشور حاوی مهم‌ترین نکات و موارد جدید باشد |       |
|            | ج   | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                        | ز  |         | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                | بروشور موجود نباشد         |                                               |                                                  |       |
|            | د   |                                                                  | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                   |                            |                                               |                                                  |       |
|            |     |                                                                  | ط  |         |    |                                                          |                            |                                               |                                                  |       |

\*تذکر: مهم‌ترین نکات همان اولویت‌های برنامه مدیریت خطر هستند.

سنجه ۲. کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف از محتویات کتابچه/ مجموعه و بروشور ایمنی، سلامت شغلی و بهداشت محیط مرتبط با وظایف و مسئولیت‌های خود مطلع بوده و حین انجام کار آن را رعایت می‌کنند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                                                      | کد | مصاحبه                                                                                                                                                     | امتیاز                                                                                             |                                                                                                      |                                                                                                          |       |
|---------------|-----|---------|----|--------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |                                                              |    |                                                                                                                                                            | ۰                                                                                                  | ۱                                                                                                    | ۲                                                                                                        | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف |         | ه  | مشاهده عملکرد افراد<br>در خصوص رعایت مفاد<br>کتابچه / بروشور | ی  | از رده‌های مختلف شغلی                                                                                                                                      | اگر از ۳۰ سوال * ۲۰-۰٪<br>پاسخ درست داده شود<br>یا<br>عملکرد ۲-۰ نفر مطابق<br>کتابچه / بروشور باشد | اگر از ۳۰ سوال<br>۶۰-۲۱٪<br>پاسخ درست داده شود<br>یا<br>عملکرد ۶-۳ نفر مطابق<br>کتابچه / بروشور باشد | اگر از ۳۰ سوال<br>۱۰۰-۶۱٪<br>پاسخ درست داده شود<br>و<br>عملکرد ۱۰-۷ نفر<br>مطابق<br>کتابچه / بروشور باشد |       |
|               | ب   |         | و  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                    | ک  | ۳ سوال از کتابچه و بروشور:<br>یک سؤال از ایمنی، سلامت شغلی<br>و<br>یک سوال از بهداشت محیط<br>مرتبط با وظایف و مسئولیت‌های هر فرد<br>و<br>یک سوال از بروشور |                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                          |       |
|               | ج   |         | ز  | ۱۰ نفر از رده‌های<br>مختلف شغلی                              | ل  | در بخش‌ها و واحدهای مختلف                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                          |       |
|               | د   |         | ح  | به‌طور مستقیم و غیرمستقیم                                    | م  | ۱۰ نفر                                                                                                                                                     |                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                          |       |
|               |     |         | ط  |                                                              |    |                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                                                                                                      |                                                                                                          |       |

تذکر: ۳ سوال از هر یک از ۱۰ نفر که مجموعاً شامل ۳۰ سوال می‌شود.

## هدایت یکپارچه سازمانی (بالینی)

### ۱) خط مشی‌ها و روش‌ها

۱-۱) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در بیمارستان وجود دارد و کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند:

۱-۱-۱) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۱-۱-۲) خط مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۱-۱-۳) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۱-۱-۴) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۱-۱-۵) کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها دارای یک فهرست دقیق است.

۱-۱-۶) کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه. کتابچه/ مجموعه (کاغذی/ الکترونیکی)\*\*\* خط مشی ها و روش ها با مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۱ و زیرمجموعه آن، در بیمارستان موجود است و کارکنان بخش ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                      | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                            | امتیاز                                                           |                                                                  |                                                     |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                              |    |         |    |                                                                                   | ۰                                                                | ۱                                                                | ۲                                                   | غ.ق.ا |
|               | الف | کتابچه/ مجموعه خط مشی ها و روش ها***         | ه  |         | ی  | از رده های مختلف شغلی                                                             | کتابچه/ مجموعه موجود نباشد                                       | کتابچه/ مجموعه موجود باشد                                        | کتابچه/ مجموعه موجود باشد                           |       |
|               | ب   | مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۱ و زیرمجموعه آن | و  |         | ک  | اگر به خط مشی ها و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی دارید آن را با هم ببینیم | یا<br>مشخصات مندرج در بند «ب» را نداشته باشد                     | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد                            | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد               |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                 | ز  |         | ل  | در بخش ها و واحدهای مختلف                                                         | ۲-۰ نفر از افراد مورد مصاحبه                                     | ۳-۶ نفر از افراد مورد مصاحبه                                     | ۷-۱۰ نفر از افراد مورد مصاحبه                       |       |
|               | د   |                                              | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                                            | به خط مشی ها و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | به خط مشی ها و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | و روش های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند |       |
|               |     |                                              | ط  |         |    |                                                                                   |                                                                  |                                                                  |                                                     |       |

\*\*\*تذکر: منظور کتابچه/مجموعه خط مشی ها و روش های بیمارستان است که به شکل کاغذی/ الکترونیک وجود دارد و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/ مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می تواند قسمت مربوط به خود را در دسترس داشته باشد و مورد استفاده قرار دهد.

\*\*\*تذکر: اولویت با مجموعه خط مشی ها و روش های الکترونیک است و برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می نماید.



۱-۲) برای هر خط مشی و روش موارد ذیل باید مشخص باشد:\*

- سنج. برای هر خط مشی و روش موارد ذیل مشخص می باشند:
  - نام دانشگاه
  - نام بیمارستان
  - عنوان / موضوع (مانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خط مشی ها و روش ها از بیمارستان ها خواسته شده است).
  - دامنه خط مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط مشی و روش هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت های خاصی مثلاً بخش های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می شود کل بیمارستان یا بخش های ویژه و...)
  - کد خط مشی (بیمارستان می تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می کند، خط مشی ها و روش ها را دسته بندی و قابل شناسایی نماید که می تواند مجموعه ای از حروف و اعداد باشد که به عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیر بالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خط مشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
  - تاریخ آخرین بازنگری ( چون بازنگری ها باید حداقل سالانه باشند، بنابراین اگر از تدوین یک خط مشی کمتر از یک سال گذشته باشد، وجود تاریخ آخرین بازنگری الزامی نیست. شایان ذکر است که تمامی خط مشی ها و روش ها باید حتماً حداقل سالانه بازنگری شوند و حتی اگر پس از بازنگری مشخص شد که نیازی به تغییر نیست، ذکر تاریخ بازنگری ضروری است).
  - تاریخ آخرین ابلاغ (باید بعد از تاریخ بازنگری باشد) (اگر خط مشی و روش ابلاغ نشده باشد، امتیاز صفر به آن داده می شود).
  - تعاریف (در صورتی که واژه ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به نظر می رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن ها برداشت های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارائه شود و یک واژه در دو یا چند خط مشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
  - خط مشی: در این قسمت لازم است نوشته شود چرا این خط مشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به چه هدفی است (در صورتی که چرایی و هدف با هم نوشته شده باشند، قابل قبول است و لازم نیست کاملاً تفکیک شوند) و سیاست بیمارستان در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. ( به عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می توان نوشت : با توجه به چرایی) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با هدف پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دست های آلوده، سیاست رعایت بهداشت دست ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
  - مشخص کردن یک فرد که پاسخگوی اجرای این خط مشی می باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می نماید که خط مشی و روش مذکور اجرا می شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن ها با بهره گیری از مشارکت و هم فکری آنان می باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).

- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله ۱، ۲، ۳ و... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می‌شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر آن که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می‌شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها).
  - امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
  - جدول اسامی شامل: اسامی تهیه کنندگان، تایید کننده و ابلاغ کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور\*\*
  - شماره صفحه‌ها
  - منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می‌شود، تجربه بیمارستان).
  - استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به‌عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).
- \*\*تذکر: در مورد مشخصات هر خط مشی و روش، بیمارستان می‌تواند، مشخصات مشترک را در ابتدای کتابچه بیاورد. به‌عنوان مثال: کل کتابچه در تاریخ .... بازنگری و در تاریخ ... ابلاغ شده است و دیگر لازم نیست برای هر خط مشی و روش جداگانه در صفحه مربوطه درج گردد. همچنین اگر تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش‌های یک بخش یا واحد یک گروه ثابت هستند، می‌تواند یک بار در ابتدای آن بخش و واحد فهرست آن‌ها را آورد و لازم نیست برای هر بخش و واحد آن را تکرار کرد.
- \*\*تذکر: تأیید کننده یا تأییدکنندگان (می‌تواند یک فرد یا شورا، کمیته و ... باشد با امضای فرد، رییس شورا یا کمیته مذکور) باید بالاترین صلاحیت و اطلاعات علمی و تجربی را در آن موضوع داشته باشند.

۱-۲-۱) پذیرش بیمار\*

سنجه. خط مشی و روش پذیرش بیمار در بیمارستان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند\*.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                               | ۱                                                                                                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد<br>یا<br>امکانات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                 | بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                                                                                            | یا<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                  | بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                                                                                            | یا<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                 | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |

تذکر: به‌عنوان مثال کارکنانی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه و اتاق عمل، در خط مشی و روش پذیرش، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در پذیرش این بیماران اشاره گردد.

۲-۲-۱) انتقال درون بخشی

سنجه. خط مشی و روش انتقال درون بخشی در بیمارستان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند\*.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                            |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                         | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                           | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                              | تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                               |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                 | یا<br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                        | و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                         |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                   | یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                           |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |       |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |       |

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه و اتاق عمل، در خط مشی و روش مذکور، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در انتقال درون بخشی این بیماران اشاره گردد.

۱-۲-۳) ارجاع

سنجه. خط مشی و روش ارجاع از بیمارستان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                            |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                | ۱                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                          | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>امکانات موجود نباشند                                                                                                                                                       | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند                                                                                                                                                  | تمام امکانات موجود باشند                                                                                                                                                   |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                            | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                        | بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                                             | ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                 |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۱۰ مورد                                | یا                                                                                                                                                                               | یا                                                                                                                                                                                     | و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                             |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                         | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                            |                                                                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                            |       |

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه و اتاق عمل، در خط مشی و روش مذکور، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در ارجاع این بیماران اشاره گردد.

۱-۲-۴) اعزام

سنجه . خط مشی و روش اعزام از بیمارستان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                                         | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                            |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                 |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                                                       | ۲                                                                                                                                                                          |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیمار یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                          | ک  |                                       | یا<br>امکانات موجود نباشند                                                                                                                                                        | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند                                                                                                                                                   | و<br>تمام امکانات موجود باشند                                                                                                                                              |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                         | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش  | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                         | بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                                              | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                 |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                              | م  | ۱۰ مورد                               | یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                    | یا<br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                         | و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                             |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                                 |    |                                       |                                                                                                                                                                                   | یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                            |

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه و اتاق عمل، در خط مشی و روش مذکور، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در اعزام این بیماران اشاره گردد.

۱-۲-۵) ترخیص

سنجه. خط مشی و روش ترخیص از بیمارستان با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                            | کد | مصاحبه                                | امتیاز                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                        |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                    |    |                                       | ۰                                                                                                                                                                                | ۱                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                      | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                             | ک  |                                       | یا<br>امکانات موجود نباشند                                                                                                                                                       | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند                                                                                                                                                  | و<br>تمام امکانات موجود باشند                                                                                                                                          |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                            | ل  |                                       | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                        | بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                                             | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                             |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                 | م  |                                       | یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                   | ۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                              | و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                         |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                    |    |                                       |                                                                                                                                                                                  | یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |       |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                    |    |                                       |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                        |       |

\*تذکر: ضروری است با توجه به شرایط خاص بیماران بخش‌های ویژه، در خط مشی و روش مذکور، به‌طور جداگانه به نکات مهم مرتبط با ایمنی بیمار، در ترخیص این بیماران اشاره گردد.

۱-۲-۶) تعیین و فراخوانی گروه کد احیا

سنجه. خط مشی و روش تعیین و فراخوانی گروه کد احیا با در نظر گرفتن تفاوت گروه‌های سنی از جمله نوزادان، کودکان، بزرگسالان، حجم کار و نوع بیماران و مسافت و با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات               | کد | مشاهدات                                                                                                                                                                     | کد | مصاحبه                                          | امتیاز                                                                                                                                                                       |   |                                                                                                                                                              |       |
|---------------|-----|-----------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                       |    |                                                                                                                                                                             |    |                                                 | ۰                                                                                                                                                                            | ۱ | ۲                                                                                                                                                            | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مکتوب    | ه  | حضور اعضا مطابق با دستورالعمل و خط مشی اعلام کد احیا                                                                                                                        | ی  | از کارکنان بخش و گروه احیا                      | خط مشی مکتوب به تفکیک مندرجات سنجه وجود ندارد یا اگر حتی یک نفر به‌طور کامل براساس آن عمل نمی‌کند یا حتی یک نفر نحوه‌ی فراخوان گروه احیا را مطابق خط مشی و روش مربوطه بدانند |   | خط مشی مکتوب با مشخصات مندرجات در سنجه موجود است و به‌صورت کامل براساس آن عمل می‌شود و هر ۵ نفر نحوه‌ی فراخوان گروه احیا را مطابق خط مشی و روش مربوطه بدانند |       |
|               | ب   | به تفکیک مندرجات سنجه | و  | در صورتی که در طول بازدید بیمارستان کد اعلام نشود در یکی از بخش‌ها به انتخاب ارزیابان یک بار کد اعلام شود اما در صورت اعلام کد ارزیابان بالینی بلافاصله در محل حاضر می‌شوند | ک  | در خصوص خط مشی و روش و فراخوان و حضور گروه احیا |                                                                                                                                                                              |   |                                                                                                                                                              |       |
|               | ج   | در بیمارستان          | ز  |                                                                                                                                                                             | ل  | در محل اعلام کد                                 |                                                                                                                                                                              |   |                                                                                                                                                              |       |
|               | د   |                       | ح  |                                                                                                                                                                             | م  | ۱۰ مورد                                         |                                                                                                                                                                              |   |                                                                                                                                                              |       |
|               |     |                       | ط  |                                                                                                                                                                             |    |                                                 |                                                                                                                                                                              |   |                                                                                                                                                              |       |



۷-۲-۱) ارزیابی و کنترل مستمر مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |         |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                   | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ۲                                                                                                                                                                                                                           | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط براساس خط مشی            | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |         | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  |         | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  |         | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |         |    |                                        |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |       |

۸-۲-۱) چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی به صورت شفاهی

سنجه. خط مشی و روش ثبت دستورات مراقبتی و دارویی به صورت شفاهی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                           |                                                |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |         |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                                                                                         | ۲                                              | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  |         | ی  | کارکنان مرتبط براساس خط مشی            | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از تمامی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>یا<br>تمام مستندات موجود باشند | و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |         | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  |         | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  |         | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |         |    |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                                                |       |

۹-۲-۱) برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی

سنجه. خط مشی و روش برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و...) با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                      | کد | مشاهدات                                                                                                                                             | کد | مصاحبه                                    | امتیاز                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                              |    |                                                                                                                                                     |    |                                           | ۰                                                                                                                              | ۱                                                                                                                                                                                                          | ۲                                                                                                                                                                                             | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش<br>مربوطه                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد<br>اشاره در خط مشی و روش<br><br>و<br>عملکرد مجریان<br><br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر<br>گروه‌های هدف خط مشی و<br>روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر<br>گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br><br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط<br>مشی و روش مربوطه جزو<br>تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و<br>روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br><br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی<br>و روش مربوطه و تعدادی از<br>نمایندگانی از برخی رده‌های<br>شغلی که در اجرای روش‌ها<br>دخالت دارند در فهرست<br>تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br><br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط<br>مشی و روش مربوطه و<br>نمایندگانی از تمام رده‌های<br>شغلی که در اجرای روش‌ها<br>دخالت دارند در فهرست<br>تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار<br>برای خط مشی‌ها و<br>روش‌های مندرج در<br>سنجه استاندارد شماره<br>۲-۱ | و  |                                                                                                                                                     | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط<br>مشی و روش مربوطه | امکانات موجود نباشند<br><br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر<br>تطابق عملکرد باشد                                                 | بخشی از مشخصات بند «ب» را<br>داشته باشند<br><br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                           | تمام امکانات موجود باشند<br><br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر<br>تطابق عملکرد باشد                                                                                                            |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                 | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                                             | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط<br>مشی و روش   | یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر<br>تطابق عملکرد باشد                                                                              | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق<br>عملکرد باشد<br><br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                      | و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر<br>تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                             |       |
|               | د   |                                                                                              | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                                  | م  | ۱۰ مورد                                   |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                              | ط  |                                                                                                                                                     |    |                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                              |    |                                                                                                                                                     |    |                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                              |    |                                                                                                                                                     |    |                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |       |

## ۱-۲-۱۰) چگونگی گندزدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی

سنجه. خط مشی و روش چگونگی آلودگی زدایی سریع محل دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی، نمونه‌ی عفونی یا بالقوه‌ی عفونی با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                                          | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |        |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                  |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                                  | ۱                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                         | غ.ق.ا. |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | کارکنان مرتبط                          | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |        |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                                  | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | امکانات موجود نباشند<br>یا                                                                                                                                                                         | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا                                                                                                                                            | تمام امکانات موجود باشند<br>و                                                                                                                                             |        |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                          | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                                                                                    | بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا                                                                                                                                                       | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                                                                                                                           |        |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                               | م  | ۱۰ مورد                                | ۲-۰ مورد مصاحبه‌نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                                                                                     | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                                                                        | ۱۰-۷ مورد مصاحبه‌نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                                                                                                                            |        |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                                  |    |                                        |                                                                                                                                                                                                    | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                           |        |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                  |    |                                        |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |        |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                  |    |                                        |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |        |

۱-۲-۱۱) مشخص نمودن حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار

سنجه. خط مشی و روش حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار براساس قوانین و مقررات، و با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                | ۱                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                         | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | کارکنان مرتبط                          | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>امکانات موجود نباشند                                                                                                                                                       | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند                                                                                                                                                  | تمام امکانات موجود باشند                                                                                                                                                  |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                              | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                        | بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                                             | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                | یا                                                                                                                                                                               | یا                                                                                                                                                                                     | و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                      |    |                                        | ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                         | ۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                           |       |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                      |    |                                        | ۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                         | یا                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                           |       |

۱-۲-۱۲) فراخوان فوری نگهبانان

سنجه. بیمارستان خط مشی و روش فراخوان فوری نگهبانان (حداکثر ظرف سه دقیقه) با تعیین نحوه برخورد مناسب در مواقع بروز درگیری، را تدوین نموده و کارکنان براساس آن عمل می کنند که در کتابچه خط مشی و روش های بیمارستانی موجود است و از الگوی آن تبعیت می نماید.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                | ۱                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                         | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و سایر گروه های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | کارکنان مرتبط                          | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده های شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                    | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                              | و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                          |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                                              | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                  | یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                                       | و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                           |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                | یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                   | یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                      | و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                            |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |       |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |       |

## ۲) پرونده بیمار

۱-۲) برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

سنجه. همه کارکنانی که طبق قوانین و مقررات یا خط مشی بیمارستان، مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، توسط بیمارستان مشخص شده‌اند و کارکنان براساس آن عمل می‌کنند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                               | کد | مشاهدات                                                       | کد | مصاحبه | امتیاز                                 |                                        |                                         |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------|----|--------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                       |    |                                                               |    |        | ۰                                      | ۱                                      | ۲                                       | غ.ق.ا |
|               | الف | مستندات مربوط به مشخص کردن کارکنان مجاز* به ثبت اطلاعات در پرونده بیمار، قوانین و مقررات، خط مشی و روش، پرونده بیمار) | ه  | پرونده بیماران                                                | ی  |        | افراد مجاز مشخص نشده باشند             | افراد مجاز مشخص شده باشند              | مجاز مشخص شده باشند                     |       |
|               | ب   | عدم ثبت توسط افراد غیر مجاز                                                                                           | و  | در بخش‌های بالینی                                             | ک  |        | یا                                     | اما                                    | و                                       |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                          | ز  | ۱۰ پرونده                                                     | ل  |        | در ۲-۰ پرونده براساس آن اقدام شده باشد | در ۳-۶ پرونده براساس آن اقدام شده باشد | در ۷-۱۰ پرونده براساس آن اقدام شده باشد |       |
|               | د   |                                                                                                                       | ح  | مطابقت لیست افراد مجاز با نام و امضای افراد ثبت کننده اطلاعات | م  |        |                                        |                                        |                                         |       |
|               |     |                                                                                                                       | ط  |                                                               |    |        |                                        |                                        |                                         |       |

\*تذکر: توجه شود که در بخش تصویربرداری، پزشک متخصص رادیولوژی، لازم است برخی موارد را در پرونده بیمار ثبت نماید و لازم است حتما ایشان هم جزو افراد مجاز لحاظ شوند.

## ۲-۲) در ثبت مستندات در پرونده بیمار (یا سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

تذکر: در بررسی محتویات این استاندارد، درمورد هر یک از بندهای ذیل بطور جداگانه در یک پرونده، حتی اگر یک مورد عدم رعایت دیده شود امتیاز آن پرونده صفر می‌شود، به‌عنوان مثال اگر در یک پرونده ثبت تاریخ در ۸ گزارش پزشک از ۱۰ گزارش موجود، صورت گرفته باشد، امتیاز آن پرونده صفر می‌شود و پس از بررسی ۱۰ پرونده، با همین روال اگر در ۲-۰ پرونده استاندارد رعایت شده باشد، امتیاز صفر، اگر در ۶-۳ پرونده رعایت شده باشد، امتیاز ۱ و اگر در ۱۰-۷ پرونده رعایت شده باشد، امتیاز ۲ می‌باشد.

### ۲-۲-۱) تمام اطلاعات با خودکار آبی یا مشکی نوشته می‌شوند.

سنجه. مستندات یا سایر گزارشات مربوط به بیمار با خودکار آبی یا مشکی یا به صورت تایپی نوشته شده‌اند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۲-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۶-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۱۰-۷ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |

### ۲-۲-۲) تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.

سنجه. مستندات پرونده بیمار با سایر گزارش‌های مربوط به بیمار به صورت خوانا (دستنویس- تایپی) نوشته شده‌اند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                 | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |                                                                                                                                        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  | پزشک نویسنده دستور و پرستاران این بخش                                                                                                  | در ۲-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۶-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۱۰-۷ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  | ابتدا در مورد بخشی از دستور پزشک که خوانا به نظر نمی‌رسد از خود وی سوال می‌شود سپس از پرستاران در خواست می‌شود که همان قسمت را بخوانند |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  | بخش‌های بالینی                                                                                                                         |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  | ۱۰ پرستار بخش‌های بالینی                                                                                                               |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |                                                                                                                                        |                                                 |                                                 |                                                  |       |



۳-۲-۲) نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام برگه‌ها و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.

سنجه. روی جلد و در تمام برگه‌های پرونده بیمار، نام، نام خانوادگی و شماره پرونده وی ثبت می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.ا |
|               | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |

۴-۲-۲) زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص می‌باشد.

سنجه. مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارش‌های بیمار، حاوی زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.ا |
|               | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |

۵-۲-۲) در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است.

سنجه. در پایان تمام مستندات پرونده و گزارشات بیمار، امضا و مهر ثبت کننده اطلاعات آمده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.ا |
|               | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |

۶-۲-۲) هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آن‌ها وجود ندارد.

سنجه. مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارشات بیمار فاقد فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آن‌ها است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.ا |
|               | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |

۷-۲-۲) در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.

سنجه. در مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارشات بیمار هیچ نوع وسیله اصلاح کننده و پاک کننده اطلاعات (مانند لاک غلط گیر) استفاده نشده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف | پرونده بیمار             | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۳-۶ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۷-۱۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی           | ز  |         | ل  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                | ح  |         | م  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |

۸-۲-۲) در صورتی که در پرونده بیمار جمله ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.

سنجه. در تمامی مستندات پرونده بیمار یا سایر گزارشات مربوط به بیمار در صورتی که جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته شده «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                           |                                                  |                                                   |                                                                   |
|---------------|-----|--------------------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                |    |         |    |        | ۰                                                | ۱                                                | ۲                                                 | غ.ق.۱                                                             |
|               | الف | پرونده بیمار                   | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد تمام مندرجات استاندارد رعایت شده است | در ۳-۶ مورد تمام مندرجات استاندارد رعایت شده است | در ۷-۱۰ مورد تمام مندرجات استاندارد رعایت شده است | در صورتی که در هیچ‌یک از پرونده‌های چک شده اصلاح صورت نگرفته باشد |
|               | ب   | تمامی موارد مندرج در استاندارد | و  |         | ک  |        |                                                  |                                                  |                                                   |                                                                   |
|               | ج   | بخش‌های بالینی                 | ز  |         | ل  |        |                                                  |                                                  |                                                   |                                                                   |
|               | د   | ۱۰ پرونده                      | ح  |         | م  |        |                                                  |                                                  |                                                   |                                                                   |
|               |     |                                | ط  |         |    |        |                                                  |                                                  |                                                   |                                                                   |

## ۹-۲-۲) شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

سنجه. شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیمارانی که از طریق اورژانس، در بخش‌های مختلف بیمارستان (از جمله اورژانس) بستری شده‌اند، وجود دارد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |                                                 |                                                  |       |
|---------------|-----|----------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
|               |     |                            |    |         |    |        | ۰                                               | ۱                                               | ۲                                                | غ.ق.ا |
|               | الف | برگه تریاژ در پرونده بیمار | ه  |         | ی  |        | در ۲-۰ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۶-۳ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند | در ۱۰-۷ مورد از مندرجات استاندارد پیروی کرده‌اند |       |
|               | ب   | تکمیل شده                  | و  |         | ک  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی             | ز  |         | ل  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                  | ح  |         | م  |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |
|               |     |                            | ط  |         |    |        |                                                 |                                                 |                                                  |       |

### ۳) دستورات دارویی

۱-۳) کتاب/مجموعه دارویی کاغذی/ الکترونیک که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش‌های بالینی مختلف بیمارستان در دسترس است و تجویز دارو براساس آن صورت می‌گیرد.

سنجه. کتابچه دارویی (فرمولاری بیمارستان) مطابق با استاندارد ۱-۳-۱ کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان در هر بخش بالینی در دسترس است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                | کد | مشاهدات                                | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                           |                                                                                           |                                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----|--------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                        |    |                                        |    |        | ۰                                                                                | ۱                                                                                         | ۲                                                                                                                               | غ.ق.۱ |
|               | الف | فهرست داروهای مورد استفاده در بیمارستان به تفکیک بخش‌های بالینی و کتابچه دارویی (فرمولاری) تهیه شده براساس فهرست مذکور | ه  | دستورات دارویی مندرج در پرونده بیماران | ی  |        | فهرست مذکور موجود است<br>یا<br>فهرست مذکور موجود نیست                            | فهرست مذکور موجود است<br>و<br>در هیچ موردی تجویز دارو خارج از فهرست مذکور صورت نگرفته است | فهرست مذکور موجود است<br>و<br>به تفکیک بخش‌های بالینی مختلف<br>و<br>در هیچ موردی تجویز دارو خارج از فهرست مذکور صورت نگرفته است |       |
|               | ب   | مطابق با استاندارد ۱-۳-۱ کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان                                                   | و  | در بخش‌های بالینی مختلف                | ک  |        | فهرست موجود است اما حتی در یک مورد تجویز دارو خارج از فهرست مذکور صورت گرفته است | اما به تفکیک بخش‌های بالینی مختلف نیست یا                                                 |                                                                                                                                 |       |
|               | ج   | در دسترس بخش‌های بالینی                                                                                                | ز  | ۱۰ پرونده                              | ل  |        |                                                                                  |                                                                                           |                                                                                                                                 |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                                                                                                                | ح  | انطباق دستورات دارویی با فهرست مذکور   | م  |        |                                                                                  | کتابچه دارویی مورد تأیید کمیته دارو و درمان بیمارستان موجود نیست                          | کتابچه دارویی مورد تأیید کمیته دارو و درمان بیمارستان موجود است                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                        | ط  |                                        |    |        |                                                                                  |                                                                                           |                                                                                                                                 |       |

۳-۲) کتابچه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آن‌ها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آن‌ها است.

سنجه. کتابچه دارویی (فرمولاری)، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آن‌ها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آن‌ها است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                  | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                      |                                                                                                                                                                                |                                             |       |
|---------------|-----|--------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|
|               |     |                          |    |         |    |        | ۰                                                           | ۱                                                                                                                                                                              | ۲                                           | غ.ق.۱ |
|               | الف | کتابچه دارویی (فرمولاری) | ه  |         | ی  |        | کتابچه دارویی حاوی<br>هیچ‌یک از موارد مندرج<br>در سنجه نیست | کتابچه دارویی حاوی بخشی<br>از مندرجات در سنجه است<br>یا<br>از فهرست مورد اشاره در سنجه<br>استاندارد ۱-۳ و کتاب دارویی<br>کشوری استفاده می‌شود و<br>کتاب دارویی مجزا وجود ندارد | کتابچه حاوی تمام موارد<br>مندرج در سنجه است |       |
|               | ب   | مشخصات مندرج در سنجه     | و  |         | ک  |        |                                                             |                                                                                                                                                                                |                                             |       |
|               | ج   | در بیمارستان             | ز  |         | ل  |        |                                                             |                                                                                                                                                                                |                                             |       |
|               | د   |                          | ح  |         | م  |        |                                                             |                                                                                                                                                                                |                                             |       |
|               |     |                          | ط  |         |    |        |                                                             |                                                                                                                                                                                |                                             |       |

۳-۳) بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از این‌که داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست، به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش بینی و مکتوب ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که پزشک طی فرایندی پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار از جمله سن (در کودکان) و وزن، مراحل محاسبه دوز دارویی و روش تجویز را در برگه دستورات پزشکی ثبت می‌نماید.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                             | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                      |   |                                                           |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                     |    |         |    |        | ۰                                                           | ۱ | ۲                                                         | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | برگه دستورات دارویی                                 | ه  |         | ی  |        | حتی در یک پرونده<br>مشخصات مندرج در<br>سنجه رعایت نشده باشد |   | در هر ۱۰ پرونده<br>مشخصات مندرج در<br>سنجه رعایت شده باشد |       |
|               | ب   | درج سن (در کودکان) و وزن<br>در زمان محاسبه دوز دارو | و  |         | ک  |        |                                                             |   |                                                           |       |
|               | ج   | در پرونده بیماران بخش‌های بالینی                    | ز  |         | ل  |        |                                                             |   |                                                           |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                                           | ح  |         | م  |        |                                                             |   |                                                           |       |
|               |     |                                                     | ط  |         |    |        |                                                             |   |                                                           |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که پرستار طی فرایندی پس از آگاهی دقیق از شرایط بیمار از جمله سن (در کودکان) و وزن، مجدد دوز دارو را محاسبه نموده و از درست بودن روش تجویز اطمینان حاصل کرده و براساس دستورات پزشک موارد ثبت شده را اجرا می‌نماید.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                |   |                                                     |       |
|------------|-----|--------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                  |    |         |    |        | ۰                                                     | ۱ | ۲                                                   | غ.ق.۱ |
| ۲          | الف | برگه گزارش پرستاری                               | ه  |         | ی  |        | حتی در یک پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت نشده باشد |   | در هر ۱۰ پرونده مشخصات مندرج در سنجه رعایت شده باشد |       |
|            | ب   | درج سن (در کودکان) و وزن در زمان محاسبه دوز دارو | و  |         | ک  |        |                                                       |   |                                                     |       |
|            | ج   | در پرونده بیماران بخش‌های بالینی                 | ز  |         | ل  |        |                                                       |   |                                                     |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                                        | ح  |         | م  |        |                                                       |   |                                                     |       |
|            |     |                                                  | ط  |         |    |        |                                                       |   |                                                     |       |

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که جهت اطمینان از به کارگیری داروی درست، کارت دارویی آماده شده با دستورات پزشکی انطباق داده می‌شوند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                  | امتیاز                                                              |                                                                      |                                                                       |       |
|------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                       |    |         |    |                                         | ۰                                                                   | ۱                                                                    | ۲                                                                     | غ.ق.۱ |
| ۳          | الف | کارت دارویی آماده شده و برگه دستورات پزشک و فرایند دارودهی صحیح نصب شده در اتاق درمان | ه  |         | ی  | با پرستاران بخش‌های بالینی              | حتی یک کارت دارویی با برگه دستورات پزشک منطبق نباشد                 | هر ۱۰ کارت دارویی با برگه دستورات پزشک منطبق باشند                   | هر ۱۰ کارت دارویی با برگه دستورات پزشک منطبق باشند                    |       |
|            | ب   | حاوی مشخصات مندرج در استاندارد ۳-۵ مدیریت دارویی                                      | و  |         | ک  | فرایند دارو دهی درست شامل چه مراحل است؟ | یا                                                                  | و                                                                    | و                                                                     |       |
|            | ج   | بخش‌های بالینی                                                                        | ز  |         | ل  | بخش‌های بالینی                          | فرایند دارو دهی صحیح در اتاق درمان نصب نشده باشد                    | فرایند دارو دهی صحیح در اتاق درمان نصب شده باشد                      | فرایند دارو دهی صحیح در اتاق درمان نصب شده باشد                       |       |
|            | د   | ۱۰ مورد تطبیق کارت با پرونده                                                          | ح  |         | م  | ۱۰ پرستار                               | یا                                                                  | اما                                                                  | و                                                                     |       |
|            |     |                                                                                       | ط  |         |    |                                         | ۲-۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی بابرگه دستورات پزشکی اشاره کنند | ۳-۶ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشکی اشاره کنند | ۷-۱۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با برگه دستورات پزشکی اشاره کنند |       |

سنجه ۴. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که جهت اطمینان از به کارگیری داروی درست، دارو با کارت دارویی انطباق داده می‌شود.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                          | کد | مشاهدات                                         | کد | مصاحبه                                  | امتیاز                                                          |                                                                 |                                                                  |                                                           |
|------------|-----|--------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------|----|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|            |     |                                                  |    |                                                 |    |                                         | ۰                                                               | ۱                                                               | ۲                                                                | غ.ق.۱                                                     |
| ۴          | الف | کارت دارویی                                      | ه  | داروهای آماده شده                               | ی  | با پرستاران بخش‌های بالینی              | حتی یک کارت با دارو منطبق نباشد یا                              | هر ۱۰ کارت با داروها منطبق باشند اما                            | هر ۱۰ کارت با داروها منطبق باشند و                               | در مواردی که استاندارد ۳-۵ واحد مدیریت دارویی اجرا می‌شود |
|            | ب   | حاوی مشخصات مندرج در استاندارد ۳-۵ مدیریت دارویی | و  | بخش‌های بالینی                                  | ک  | فرایند دارو دهی درست شامل چه مراحل است؟ | ۲-۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با داروی بیمار اشاره نمایند | ۳-۶ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با داروی بیمار اشاره نمایند | ۷-۱۰ نفر به مرحله انطباق کارت دارویی با داروی بیمار اشاره نمایند |                                                           |
|            | ج   | بخش‌های بالینی                                   | ز  | ۱۰ داروی مرتبط با کارت‌های بررسی شده در بند «د» | ل  | بخش‌های بالینی                          |                                                                 |                                                                 |                                                                  |                                                           |
|            | د   | ۱۰ مورد                                          | ح  | انطباق با کارت دارویی                           | م  | ۱۰ پرستار                               |                                                                 |                                                                 |                                                                  |                                                           |
|            |     |                                                  | ط  |                                                 |    |                                         |                                                                 |                                                                 |                                                                  |                                                           |

سنجه ۵. شواهد و مستندات نشان می‌دهند قبل از دارو دهی، کنترل می‌گردد که آیا پزشک شرایط خاصی را برای دادن یا ندادن دارو تعیین نموده است که لازم است براساس آن عمل شود یا خیر (به‌عنوان مثال پزشک دادن داروی پرفشاری خون به بیمار را منوط به فشارخون سیستولیک بالای ۹۰ میلی‌متر جیوه نموده است که هر بار قبل از دادن داروی مربوطه فشارخون بیمار بررسی و براساس آن عمل شود).

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                  | امتیاز                                               |                                          |                                            |                                                           |
|------------|-----|----------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|            |     |                                        |    |         |    |                                         | ۰                                                    | ۱                                        | ۲                                          | غ.ق.۱                                                     |
| ۵          | الف | برگه دستورات پزشک و برگه گزارش پرستاری | ه  |         | ی  | با پرستاران                             | ۲-۰ پرستار به مرحله کنترل در مصاحبه اشاره می‌کنند یا | ۳-۶ پرستار به این مرحله اشاره می‌کنند و* | ۷-۱۰ پرستار به مرحله کنترل اشاره می‌کنند و | در مواردی که استاندارد ۳-۵ واحد مدیریت دارویی اجرا می‌شود |
|            | ب   | منطبق با دستورات پزشک                  | و  |         | ک  | فرایند دارو دهی درست شامل چه مراحل است؟ | حتی در یک مورد براساس دستورات پزشک عمل نشده باشد     | براساس دستورات پزشک عمل شده باشد         | براساس دستورات پزشک عمل شده باشد           |                                                           |
|            | ج   | بخش‌های بالینی                         | ز  |         | ل  | بخش‌های بالینی                          |                                                      |                                          |                                            |                                                           |
|            | د   | ۱۰ پرونده                              | ح  |         | م  | ۱۰ پرستار                               |                                                      |                                          |                                            |                                                           |
|            |     |                                        | ط  |         |    |                                         |                                                      |                                          |                                            |                                                           |

\*تذکر: اگر در هیچ‌یک از ۱۰ پرونده در برگه دستورات دارویی شرایط خاصی برای دارو دهی گذاشته نشده باشد، نتایج مصاحبه ملاک امتیازدهی به این سنجه خواهد بود.



سنجه ۶. مستندات نشان می‌دهند گزارش دارو دهی پس از دادن دارو به بیمار ثبت می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                           |   |                                                |       |
|---------------|-----|-----------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------------|---|------------------------------------------------|-------|
|               |     |                       |    |         |    |        | ۰                                                | ۱ | ۲                                              | غ.ق.۱ |
| ۶             | الف | برگه گزارش پرستاری    | ه  |         | ی  |        | حتی در یک مورد،<br>گزارش دارودهی<br>ثبت نشده است |   | در تمام موارد، گزارش<br>دارودهی ثبت<br>شده است |       |
|               | ب   | منطبق با دستورات پزشک | و  |         | ک  |        |                                                  |   |                                                |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی        | ز  |         | ل  |        |                                                  |   |                                                |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده             | ح  |         | م  |        |                                                  |   |                                                |       |
|               |     |                       | ط  |         |    |        |                                                  |   |                                                |       |

۳-۴) همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آن‌ها در داروخانه بخش اورژانس وجود دارد و در دسترس سایر بخش‌ها نیز می‌باشد.

سنجه ۱. آنتی‌دوت‌های مورد نیاز اورژانس و داروهای مربوطه، براساس بخش‌نامه شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در داروخانه بخش اورژانس موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                     | کد | مشاهدات          | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                      |   |                                                                                     |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------|----|------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                             |    |                  |    |        | ۰                                                                                                           | ۱ | ۲                                                                                   | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | لیست آنتی دوت‌های مورد نیاز<br>بخش اورژانس و داروهای مربوطه | ه  | داروهای آنتی‌دوت | ی  |        | مستندات بند «الف»<br>موجود نباشد<br>یا<br>حتی یکی از آنتی‌دوت‌های<br>بخش‌نامه مذکور در<br>بخش اورژانس نباشد |   | مستندات بند «الف»<br>موجود باشد<br>و<br>هر ۵ آنتی‌دوت در بخش<br>اورژانس موجود باشند |       |
|               | ب   | براساس بخش‌نامه مذکور                                       | و  | بخش اورژانس      | ک  |        |                                                                                                             |   |                                                                                     |       |
|               | ج   | بخش اورژانس                                                 | ز  | ۵ دارو           | ل  |        |                                                                                                             |   |                                                                                     |       |
|               | د   |                                                             | ح  |                  | م  |        |                                                                                                             |   |                                                                                     |       |
|               |     |                                                             | ط  |                  |    |        |                                                                                                             |   |                                                                                     |       |

سنجه ۲. بخش‌های بالینی به آنتی‌دوت‌های مورد نیاز دسترسی دارند.\*

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                   | امتیاز                                                           |   |                                                                |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                           |    |         |    |                                                          | ۰                                                                | ۱ | ۲                                                              | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | مصوبه کمیته دارو و درمان<br>و<br>فهرست آنتی‌دوت‌های اورژانس                               | ه  |         | ی  | سرپرستاران و مسئولین شیفت‌ها                             | حتی در یک بخش بالینی<br>مستندات بندهای «الف و ب»<br>موجود نباشند |   | در هر ۱۰ بخش بالینی<br>مستندات بندهای «الف و<br>ب» موجود باشند |       |
|               | ب   | مشخص کردن آنتی‌دوت‌هایی که باید<br>در برخی از بخش‌ها موجود باشند با<br>ذکر نام بخش مربوطه | و  |         | ک  | در صورت نیاز به آنتی‌دوت‌ها، چه<br>اقدامی انجام می‌دهید؟ | یا                                                               |   | و<br>تمامی مصاحبه‌شوندگان<br>پاسخ صحیح بدهند                   |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی                                                                            | ز  |         | ل  | بخش‌های بالینی                                           | حتی یکی از مصاحبه‌شوندگان<br>پاسخ صحیح ندهد                      |   |                                                                |       |
|               | د   | ۱۰ بخش                                                                                    | ح  |         | م  | ۱۰ نفر                                                   |                                                                  |   |                                                                |       |
|               |     |                                                                                           | ط  |         |    |                                                          |                                                                  |   |                                                                |       |

\*تذکر: داروهای آنتی‌دوت اختصاصی هر بخش با توجه به لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های آن بخش و براساس مصوبه کمیته دارو و درمان بیمارستان باید در بخش مربوطه موجود باشد و آنتی‌دوت‌های منطبق بر بخش‌نامه و لیست شایع‌ترین مسمومیت‌های دارویی مربوط به اورژانس در بخش اورژانس یا داروخانه اورژانس موجود است و تمام بخش‌ها در صورت لزوم به آن دسترسی دارند.

۳-۵) داروهای نجات بخش جهت مراقبت اورژانسی در دسترس است و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش‌های بالینی موجود می‌باشد.

سنجه ۱. داروهای نجات‌بخش جهت ترالی اورژانس براساس بخش‌نامه شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و داروها در تمام ساعات و در تمام قسمت‌های بخش‌های بالینی تامین می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                           | کد | مشاهدات                        | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                  |   |                                                                 |
|---------------|-----|-----------------------------------|----|--------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------|
|               |     |                                   |    |                                |    |        | ۰                                                                       | ۱ | ۲                                                               |
| ۱             | الف | بخش‌نامه و لیست داروهای ترالی     | ه  | ترالی اورژانس و داروهای مربوطه | ی  |        | لیست منطبق با بخش‌نامه،<br>موجود نباشد                                  |   | لیست منطبق با بخش‌نامه<br>موجود باشد                            |
|               | ب   |                                   | و  | در بخش‌های دارای ترالی اورژانس | ک  |        | یا                                                                      |   | و                                                               |
|               | ج   | در بخش‌های دارای ترالی<br>اورژانس | ز  | ۱۰ نوع دارو چک شود             | ل  |        | حتی یکی از داروها مطابق<br>بخش‌نامه و به تعداد الزام شده<br>موجود نباشد |   | هر ۱۰ دارو مطابق<br>بخش‌نامه و به تعداد الزام<br>شده موجود باشد |
|               | د   |                                   | ح  | تاریخ مصرف و تعداد دارو        | م  |        | یا                                                                      |   | و                                                               |
|               |     |                                   | ط  |                                |    |        | حتی تاریخ مصرف یکی از داروها<br>گذشته باشد                              |   | هر ۱۰ دارو تاریخ مصرف<br>داشته باشند                            |

سنجه ۲. ترالی اورژانس اتاق پره اکلامپسی طبق دستور العمل ۴۰۰/۱۵۸۷/د مورخ ۸۹/۹/۲۱ شامل هیدرالازین، سولفات منیزیم و گلوکونات کلسیم نیز می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                         | کد | مشاهدات                             | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |   |                                            |
|---------------|-----|-------------------------------------------------|----|-------------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------|---|--------------------------------------------|
|               |     |                                                 |    |                                     |    |        | ۰                                               | ۱ | ۲                                          |
| ۲             | الف | لیست داروهای ترالی اورژانس اتاق<br>پره اکلامپسی | ه  | ترالی اورژانس                       | ی  |        | حتی یکی از داروها مطابق<br>بخش‌نامه موجود نباشد |   | تمامی داروها مطابق<br>بخش‌نامه موجود باشند |
|               | ب   |                                                 | و  | اتاق پره اکلامپسی در بلوک<br>زایمان | ی  |        |                                                 |   |                                            |
|               | ج   | بلوک زایمان                                     | ز  | هر سه نوع دارو                      | ل  |        |                                                 |   |                                            |
|               | د   |                                                 | ح  |                                     | م  |        |                                                 |   |                                            |
|               |     |                                                 | ط  |                                     |    |        |                                                 |   |                                            |

۳-۶) تمام داروهای ضروری جهت ارائه مراقبت‌ها، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه روز و در تمامی قسمت‌های بخش‌های بالینی در دسترس هستند.

سنجه. داروهای ضروری (شامل قفسه دارویی و یخچال) با توجه به بخش نامه شماره ۴۰۱/۶۰۸۲/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مصوبه کمیته دارو درمان بیمارستان، موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                            | کد | مشاهدات                                                                               | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                                                      |   |                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                    |    |                                                                                       |    |        | ۰                                                                                                                                                           | ۱ | ۲                                                                                                                                             | غ.ق.ا |
|               | الف | بخش نامه و فهرست داروهای ضروری ابلاغی (در بخش اورژانس) و<br>فهرست داروهای ضروری تهیه شده توسط کمیته دارویی (در سایر بخشهای بالینی) | ه  | داروهای قفسه دارویی و یخچال                                                           | ی  |        | حتی در یکی از بخش‌های بالینی، فهرست داروهای ضروری موجود نباشد<br>یا<br>حتی یکی از داروها موجود نباشد<br>یا<br>شرایط نگهداری و تاریخ مصرف آن رعایت نشده باشد |   | در تمامی بخش‌های بالینی، فهرست داروهای ضروری موجود باشد<br>و<br>هر ۱۰ دارو موجود باشد<br>و<br>شرایط نگهداری و تاریخ مصرف آن‌ها رعایت شده باشد |       |
|               | ب   | بخش‌های بالینی                                                                                                                     | و  | در بخش‌های بالینی                                                                     | ک  |        |                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                                               |       |
|               | ج   | ۱۰ بخش                                                                                                                             | ز  | ۱۰ نوع دارو چک شود                                                                    | ل  |        |                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                                               |       |
|               | د   |                                                                                                                                    | ح  | منتطبق با فهرست مربوطه و دارای تاریخ مصرف و شرایط نگهداری توصیه شده بر روی برچسب دارو | م  |        |                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                                                                    | ط  |                                                                                       |    |        |                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                                               |       |

تذکر: فهرست داروهای ضروری در بخش‌نامه فوق الذکر برای بخش اورژانس مشخص شده و برای سایر بخش‌ها لازم است فهرستی با تایید کمیته دارو و درمان بیمارستان تهیه و براساس آن داروها موجود باشند.

۳-۷) سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.

سنجه. خط مشی و روش درخواست، مصرف، نگهداری در قفسه قفل دار و کنترل داروهای مخدر با تعیین نقش سرپرستار و پرستارمسئول شیفت با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                         | کد | مشاهدات                                                                                                                                  | کد | مصاحبه                                    | امتیاز                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                          |    |                                           | ۰                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                             | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                             | ه  | امکانات و تسهیلات مورد<br>اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های<br>هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا<br>سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا                                                | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند<br>«ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا                                                   | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر<br>تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                                     |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای<br>خط مشی‌ها و روش‌های<br>مندرج در سنجه استاندارد<br>شماره ۱-۲ مندرج در کتابچه<br>خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                          | ک  | در خصوص اجرایی شدن<br>خط مشی و روش مربوطه | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر<br>تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر<br>تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                  | ۷-۱۰ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط<br>مشی و روش مربوطه و<br>نمایندگانی از تمام رده‌های<br>شغلی که در اجرای روش‌ها<br>دخالت دارند در فهرست<br>تهیه کنندگان موجود باشند |       |
|               | ج   | بیمارستان                                                                                                                       | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                                  | ل  | بیمارستان                                 | مسئول پاسخ‌گویی به خط<br>مشی و روش مربوطه جزو<br>تهیه کنندگان خط مشی‌ها<br>و روش مذکور نباشد            | یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی<br>و روش مربوطه و تعدادی از<br>نمایندگانی از برخی رده‌های<br>شغلی که در اجرای روش‌ها<br>دخالت دارند در فهرست تهیه<br>کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                               |       |
|               | د   |                                                                                                                                 | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                       | م  | ۱۰ مورد                                   |                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                                                                 | ط  |                                                                                                                                          |    |                                           |                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                          |    |                                           |                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                               |       |

## ۴) آموزش بیمار و همراهان

۴-۱) به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، ارائه می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد نوع مراقبت توضیح داده می‌شود و توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                      | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                  | امتیاز                                                                  |                                                                         |                                                                         |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                              |    |         |    |                                                                                                         | ۰                                                                       | ۱                                                                       | ۲                                                                       | غ.ق.۱ |
|               | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده وی                                                                           | ه  |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی                                                                                  | در ۲-۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد<br>یا | در ۳-۶ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد<br>یا | در ۷-۱۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۹-۱ حقوق گیرنده خدمت و نوع مراقبت در نظر گرفته شده | و  |         | ک  | آیا در مورد بیماری، درمان و مراقبتی که برای شما انجام می‌شود طوری که متوجه بشوید به شما توضیح داده‌اند؟ | ۲-۰ بیمار و همراه وی در مورد نوع مراقبت آموزش داده شده باشد<br>یا       | ۳-۶ بیمار و همراه وی در مورد نوع مراقبت آموزش داده شده باشد<br>یا       | ۷-۱۰ بیمار و همراه وی در مورد نوع مراقبت آموزش داده شده باشد<br>و       |       |
|               | ج   | در بخش‌های بالینی*                                                                                           | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی                                                                                       |                                                                         |                                                                         |                                                                         |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                                                                                                    | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار و یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده است                                                    |                                                                         |                                                                         |                                                                         |       |
|               |     |                                                                                                              | ط  |         |    |                                                                                                         | ۲-۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                         | ۳-۶ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                         | ۷-۱۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                        |       |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش‌های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویر برداری جزء ۱۰ نمونه نمی‌باشد.

۴-۲) به بیماران بستری و همراهان آنها توضیحات مناسب و قابل درک در مورد روش های جایگزین درمانی، ارائه می شود.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند به بیمار و همراه وی در مورد روش های جایگزین درمانی توضیح داده می شود و توضیحات برای آنها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده اند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                 | امتیاز                                                                     |                                                                            |                                                                            |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                         |    |         |    |                                                                                                        | ۰                                                                          | ۱                                                                          | ۲                                                                          | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده وی                                                                      | ه  |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی                                                                                 | در ۲-۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد یا       | در ۶-۳ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد یا       | در ۱۰-۷ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد و       |       |
|               | ب   | حداقل های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۹-۱ حقوق گیرنده خدمت و روش های جایگزین درمانی | و  |         | ک  | آیا در مورد روش های جایگزین درمانی که برای شما انجام می شود طوری که متوجه بشوید به شما توضیح داده اند؟ | ۲-۰ بیمار و همراه وی در مورد روش های جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد یا | ۶-۳ بیمار و همراه وی در مورد روش های جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد یا | ۱۰-۷ بیمار و همراه وی در مورد روش های جایگزین درمانی آموزش داده شده باشد و |       |
|               | ج   | در بخش های بالینی*                                                                                      | ز  |         | ل  | در بخش های بالینی                                                                                      |                                                                            |                                                                            |                                                                            |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                                                                                               | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار و یا همراه که پرونده آنها بررسی شده است                                                    |                                                                            |                                                                            |                                                                            |       |
|               |     |                                                                                                         | ط  |         |    |                                                                                                        | ۲-۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند یا                         | ۶-۳ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند یا                         | ۱۰-۷ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند و                         |       |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویر برداری جزء ۱۰ نمونه نمی باشد

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پیامدهای احتمالی ناشی از درمان توضیح داده می‌شود و توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                         | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                     | امتیاز                                                                          |                                                                                 |                                                                          |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                 |    |         |    |                                                                                            | ۰                                                                               | ۱                                                                               | ۲                                                                        | غ.ق.ا |
| ۲             | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده بیمار                                                                           |    |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی                                                                     | در ۲-۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد               | در ۶-۳ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد               | در ۱۰-۷ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد       |       |
|               | ب   | حداقل‌های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۹-۱ حقوق گیرنده خدمت و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان | و  |         | ک  | آیا در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان توضیحی به شما داده شده است و شما متوجه شده‌اید؟ | یا                                                                              | یا                                                                              | و                                                                        |       |
|               | ج   | در بخش‌های بالینی*                                                                                              | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی                                                                          | یا                                                                              | یا                                                                              | و                                                                        |       |
|               | د   | ۱۰ پرونده                                                                                                       | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده است                                         | ۲-۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                                 | ۶-۳ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                                 | ۱۰-۷ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند                         |       |
|               |     |                                                                                                                 | ط  |         |    |                                                                                            | ۲-۰ بیمار و همراه وی در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان آموزش داده شده باشد | ۶-۳ بیمار و همراه وی در مورد پیامدهای احتمالی ناشی از درمان آموزش داده شده باشد | ۱۰-۷ بیمار و همراه وی پیامدهای احتمالی ناشی از درمان آموزش داده شده باشد |       |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش‌های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویر برداری جزء ۱۰ نمونه نمی‌باشد.



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۳. شواهد و مستندات نشان می‌دهند به بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان توضیح داده می‌شود و توضیحات برای آن‌ها قابل درک بوده و به درستی متوجه شده‌اند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                      | امتیاز                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |       |
|------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                                  |    |         |    |                                                                             | ۰                                                                                                                                                                      | ۱                                                                                                                                                                            | ۲                                                                                                                                                                                             | غ.ق.ا |
| ۳          | الف | فرم آموزش بیمار موجود در پرونده بیمار                                                            | ه  |         | ی  | از بیمار و یا همراه وی                                                      | در ۲-۰ پرونده فرم آموزش تکمیل شده ر یا<br>در ۲-۰ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند یا<br>در ۲-۰ بیمار و همراه وی در مورد هزینه‌های درمان آموزش داده شده باشد | در ۶-۳ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد یا<br>در ۶-۳ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند یا<br>در ۶-۳ بیمار و همراه وی آموزش داده شده باشد | در ۱۰-۷ پرونده فرم آموزش تکمیل شده مطابق مندرجات بند «ب» وجود دارد و<br>در ۱۰-۷ بیمار و یا همراه وی متوجه توضیحات شده باشند و<br>در ۱۰-۷ بیمار و همراه وی هزینه‌های درمان آموزش داده شده باشد |       |
|            | ب   | حداقل‌های تعیین شده در فرم آموزش بیمار مطابق با استاندارد ۹-۱ حقوق گیرنده خدمت و هزینه‌های درمان | و  |         | ک  | آیا در مورد هزینه‌های درمان توضیحی به شما داده شده است و شما متوجه شده‌اید؟ |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |       |
|            | ج   | در بخش‌های بالینی*                                                                               | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی                                                           |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |       |
|            | د   | ۱۰ پرونده                                                                                        | ح  |         | م  | از ۱۰ بیمار یا همراه که پرونده آن‌ها بررسی شده است                          |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |       |
|            |     |                                                                                                  | ط  |         |    |                                                                             |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |       |

\*تذکر: در ۱۰ مورد از بخش‌های بالینی، بخش آزمایشگاه، طب انتقال خون، مدیریت دارویی و تصویربرداری جزء ۱۰ نمونه نمی‌باشد.

۳-۴) بروشور (جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در این بخش برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس می باشد.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می دهند که شایع ترین علل مراجعه و بستری در بخش ها بیمارستان (حداقل ۵ مورد شایع) براساس داده ها و آمارهای فصلی موجود استخراج شده اند. بروشور (جزوه آموزشی) برای موارد شایع فوق در دسترس بیمار و همراه وی می باشد و در این زمینه به آن ها اطلاع رسانی شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                           | امتیاز                                                                        |                                                                             |                                                                              |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |         |    |                                                                  | ۰                                                                             | ۱                                                                           | ۲                                                                            | غ.ق.ا |
| ۱             | الف | مستندات چگونگی انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده ها و آمارها و بروشور (جزوه آموزشی) | ه  |         | ی  | بیمار و یا همراه وی                                              | مستندات انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده ها و آمار در ۲-۰ بخش موجود است         | مستندات انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده ها و آمار در ۶-۳ بخش موجود است       | مستندات انتخاب ۵ مورد شایع براساس داده ها و آمار در ۱۰-۷ بخش موجود است       |       |
|               | ب   | در مورد ۵ بیماری شایع و حداقل فصلی                                               | و  |         | ک  | آیا بروشور (جزوه آموزشی) در مورد بیماری ها در دسترس شما بوده است | یا                                                                            | یا                                                                          | و                                                                            |       |
|               | ج   | در بخش های بالینی                                                                | ز  |         | ل  | در بخش های بالینی                                                | در ۲-۰ بخش ۵ بروشور (جزوه آموزشی) وجود دارد                                   | در ۶-۳ بخش ۵ بروشور (جزوه آموزشی) وجود دارد                                 | در ۱۰-۷ بخش ۵ بروشور (جزوه آموزشی) وجود دارد                                 |       |
|               | د   | ۵ بروشور در ۱۰ بخش*                                                              | ح  |         | م  | ۱۰ بیمار و یا همراه وی                                           | یا                                                                            | یا                                                                          | و                                                                            |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |         |    |                                                                  | ۲-۰ بخش، براساس اظهارات بیماران یا همراهان، دسترسی کافی** به بروشور وجود دارد | ۶-۳ بخش، براساس اظهارات بیماران یا همراهان، دسترسی کافی به بروشور وجود دارد | ۱۰-۷ بخش، براساس اظهارات بیماران یا همراهان، دسترسی کافی به بروشور وجود دارد |       |

\* تذکر: در بخش تصویربرداری ۵ مورد شایع تصویربرداری چک می گردد.

\*\* تذکر: منظور از دسترسی کافی، تایید دسترسی توسط ۵-۴ نفر در هر بخش است.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. بروشور (جزوه آموزشی) برای نکات بهداشتی درمانی پیشگیرانه مهمی که بیماران باید در این بخش رعایت کنند در دسترس بیمار و همراه وی می‌باشد و در این زمینه به آن‌ها اطلاع رسانی شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                   | امتیاز                                                              |                                                                     |                                                                      |       |
|---------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                       |    |         |    |                                                                                          | ۰                                                                   | ۱                                                                   | ۲                                                                    | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | بروشور (جزوه آموزشی)                  | ه  |         | ی  | بیمار و یا همراه وی                                                                      | در مورد ۰-۲ موضوع بهداشتی - درمانی پیشگیرانه بروشور وجود دارد<br>یا | در مورد ۳-۶ موضوع بهداشتی - درمانی پیشگیرانه بروشور وجود دارد<br>یا | در مورد ۷-۱۰ موضوع بهداشتی - درمانی پیشگیرانه بروشور وجود دارد<br>یا |       |
|               | ب   | در مورد نکات بهداشتی درمانی پیشگیرانه | و  |         | ک  | آیا بروشور در مورد نکات بهداشتی مهمی که باید در این بخش رعایت کنید در دسترس شما بوده است |                                                                     |                                                                     |                                                                      |       |
|               | ج   | در بخش‌های بالینی                     | ز  |         | ل  | در بخش‌های بالینی                                                                        |                                                                     |                                                                     |                                                                      |       |
|               | د   | ۱۰ مورد                               | ح  |         | م  | ۱۰ بیمار و یا همراه وی                                                                   | ۰-۲ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند                    | ۳-۶ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند                    | ۷-۱۰ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند                    |       |
|               |     |                                       | ط  |         |    |                                                                                          |                                                                     |                                                                     |                                                                      |       |

۴-۴) در بخش دیالیز، بروشور (جزوه آموزشی) حداقل حاوی سرفصل‌های زیر است:

۴-۴-۱) تغذیه، نگهداری ACCESS (دسترس‌ی عروقی جهت انجام همودیالیز)، نحوه‌ی مصرف داروها، مراقبت از عفونت، کنترل وزن و تعادل مایعات

سنجه. بروشور (جزوه آموزشی) برای موارد ذیل در دسترس بیمار و همراه وی می‌باشد و در این زمینه به آن‌ها اطلاع رسانی شده است. این جزوات حداقل حاوی سرفصل‌های زیر است: تغذیه، نگهداری ACCESS (دسترس‌ی عروقی جهت انجام همودیالیز)، نحوه‌ی مصرف داروها، مراقبت از عفونت، کنترل وزن و تعادل مایعات

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                   | امتیاز                                             |                                                    |                                                   |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------|----|---------|----|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                           |    |         |    |                                                          | ۰                                                  | ۱                                                  | ۲                                                 | غ.ق.۱ |
|               | الف | بروشور (جزوه آموزشی)                      | ه  |         | ی  | بیمار و یا همراه وی                                      | در مورد ۰-۱ موضوع فوق‌الذکر بروشور وجود دارد<br>یا | در مورد ۲-۳ موضوع فوق‌الذکر بروشور وجود دارد<br>یا | در مورد ۴-۵ موضوع فوق‌الذکر بروشور وجود دارد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل در مورد ۵ موضوع مهم ذکر شده در سنجه | و  |         | ی  | آیا بروشور در مورد موارد فوق‌الذکر در دسترس شما بوده است |                                                    |                                                    |                                                   |       |
|               | ج   | در بخش دیالیز                             | ز  |         | ل  | در بخش دیالیز                                            |                                                    |                                                    |                                                   |       |
|               | د   |                                           | ح  |         | م  | ۵ بیمار و یا همراه وی                                    | ۰-۱ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند   | ۲-۳ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند   | ۴-۵ بیمار و یا همراه وی به بروشورها دسترسی دارند  |       |
|               |     |                                           | ط  |         |    |                                                          |                                                    |                                                    |                                                   |       |

## ۵) خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک

۵-۱) خدمات پشتیبانی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون

سنجه ۱. خط مشی و روش ارائه خدمات تصویربرداری به صورت شبانه‌روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                            |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                  | ۲                                                                                                                                                                   | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا                                          | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا                                | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                            | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                                                                   |       |
|               | ج   | بیمارستان                                                                        | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                              | ل  | بیمارستان                              |                                                                                                   |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                   |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                                      |    |                                        | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد               | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                           |       |
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                   |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. خدمات آزمایشگاه (براساس فهرست آزمایش‌های اورژانسی مورد توافق کمیته تعیین تکلیف اورژانس بیمارستان و آزمایشگاه بیمارستان) برای بخش‌های بالینی به‌صورت شبانه روزی در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیرتعطیل در دسترس است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                               | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                 |                                                                                                         |                                                                                                        |       |
|---------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                                       |    |         |    |        | ۰                                                                                                      | ۱                                                                                                       | ۲                                                                                                      | غ.ق.ا |
| ۲             | الف | مستندات زمان ارسال نمونه جهت انجام آزمایشات اورژانسی مصوب بیمارستان و<br>زمان تحویل نتیجه آزمایش به بخش در گزارش پرستاری موجود در پرونده بیمار یا سیستم HIS بیمارستان | ه  |         | ی  |        | مستندات بند «الف» موجود نیست<br>یا<br>براساس مستندات در ۰-۲ مورد آزمایش به‌صورت اورژانسی انجام شده است | مستندات بند «الف» موجود باشد<br>اما<br>براساس مستندات در ۳-۶ مورد آزمایش به‌صورت اورژانسی انجام شده است | مستندات بند «الف» موجود باشد<br>و<br>براساس مستندات در ۷-۱۰ مورد آزمایش به‌صورت اورژانسی انجام شده است |       |
|               | ب   | به صورت شبانه‌روزی و مطابق با دستور پزشک و مصوبه بیمارستان                                                                                                            | و  |         | ک  |        |                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                        |       |
|               | ج   | در این بخش ۱۰ پرونده بیمار با درخواست آزمایش اورژانس با اولویت در خواست‌های شیفت‌های عصر و شب و روزهای تعطیل                                                          | ز  |         | ل  |        |                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                        |       |
|               | د   |                                                                                                                                                                       | ح  |         | م  |        |                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                        |       |
|               |     |                                                                                                                                                                       | ط  |         |    |        |                                                                                                        |                                                                                                         |                                                                                                        |       |



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۴. خدمات بانک خون در تمام روزهای هفته و اوقات شبانه روز اعم از تعطیل و غیر تعطیل در دسترس است.\*

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                   | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                              |   |                                                    |       |
|---------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-----------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                           |    |         |    |        | ۰                                                   | ۱ | ۲                                                  | غ.ق.۱ |
| ۴             | الف | گزارش پرستاری و مستندات موجود در پرونده بیمار در خصوص زمان درخواست خون و فراورده‌های خونی و زمان استفاده از آن برای بیمار | ه  |         | ی  |        | خدمات در شیفت شب و یا در روزهای تعطیل ارائه نمی‌شود |   | خدمات در شیفت شب و یا در روزهای تعطیل ارائه می‌شود |       |
|               | ب   | به‌صورت شبانه روزی و مطابق با دستور پزشک                                                                                  | و  |         | ک  |        |                                                     |   |                                                    |       |
|               | ج   | بانک خون و بخش مربوطه یا واحد مدارک پزشکی در صورت ترخیص بیمار                                                             | ز  |         | ل  |        |                                                     |   |                                                    |       |
|               | د   | ۲ مورد یکی در شیفت شب و یکی در روز تعطیل                                                                                  | ح  |         | م  |        |                                                     |   |                                                    |       |
|               |     |                                                                                                                           | ط  |         |    |        |                                                     |   |                                                    |       |

\*تذکر: در مواردی که بیمارستان با توجه به میزان مصرف خون و فراورده‌های خونی، نیازی به استقرار بانک خون مجزا ندارد (مانند بیمارستان‌های روان پزشکی)، در صورتی که خط مشی و روش تأمین خون در موارد لزوم را تدوین نموده و اجرا بنماید، امتیاز این سنجه داده خواهد شد.

### ۵-۲) یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک رادیولوژیست حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند گزارش تصویربرداری تایید شده توسط رادیولوژیست حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت در پرونده بیمار قرار می‌گیرد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                                    | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                            |                                                                                                   |                                                                                                    |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                                            |    |         |    |        | ۰                                                                                                 | ۱                                                                                                 | ۲                                                                                                  | غ.ق.۱ |
|               | الف | زمان پذیرش بیمار در بخش تصویربرداری یا زمان انجام تصویربرداری پرتابل براساس گزارش پرستاری تا زمان تایید گزارش تصویربرداری توسط رادیولوژیست در پرونده بیمار | ه  |         | ی  |        | در ۰-۲ مورد، گزارش تصویربرداری حداکثر ظرف ۲۴ ساعت با تایید رادیولوژیست در پرونده بیمار موجود باشد | در ۳-۶ مورد، گزارش تصویربرداری حداکثر ظرف ۲۴ ساعت با تایید رادیولوژیست در پرونده بیمار موجود باشد | در ۷-۱۰ مورد، گزارش تصویربرداری حداکثر ظرف ۲۴ ساعت با تایید رادیولوژیست در پرونده بیمار موجود باشد |       |
|               | ب   | حداکثر ظرف ۲۴ ساعت                                                                                                                                         | و  |         | ک  |        |                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                    |       |
|               | ج   | بخش‌های بالینی                                                                                                                                             | ز  |         | ل  |        |                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                    |       |
|               | د   | پرونده ۱۰ بیمار که تصویربرداری برای آنان انجام شده است                                                                                                     | ح  |         | م  |        |                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                    |       |
|               |     |                                                                                                                                                            | ط  |         |    |        |                                                                                                   |                                                                                                   |                                                                                                    |       |

۵-۳) فرم درخواست آزمایش که قسمتی از آن به منظور ثبت شرح مختصر یا تشخیص اولیه از اطلاعات بالینی بیمار، در نظر گرفته شده و توسط بخش درخواست کننده تکمیل می شود.

سنجه. مستندات (سوابق) نشان می دهند ثبت شرح مختصر یا تشخیص اولیه از اطلاعات بالینی بیمار، توسط بخش درخواست کننده در قسمت مشخصی از فرم درخواست آزمایش به صورت کاغذی / الکترونیک ثبت می گردد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                          | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                       |                                                              |                                                               |
|---------------|-----|----------------------------------|----|---------|----|--------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|               |     |                                  |    |         |    |        | ۰                                                            | ۱                                                            | ۲                                                             |
|               | الف | فرم درخواست آزمایش               | ه  |         | ی  |        | ۰-۲ مورد فرم در<br>خواست آزمایش مطابق<br>سنجه تکمیل شده باشد | ۳-۶ مورد فرم در<br>خواست آزمایش مطابق<br>سنجه تکمیل شده باشد | ۷-۱۰ مورد فرم در<br>خواست آزمایش مطابق<br>سنجه تکمیل شده باشد |
|               | ب   | مطابق موارد مندرج در سنجه        | و  |         | ک  |        |                                                              |                                                              |                                                               |
|               | ج   | در بخش های در خواست کننده آزمایش | ز  |         | ل  |        |                                                              |                                                              |                                                               |
|               | د   | ۱۰ مورد                          | ح  |         | م  |        |                                                              |                                                              |                                                               |
|               |     |                                  | ط  |         |    |        |                                                              |                                                              |                                                               |



## ۶) ترالی اورژانس

۶-۱) ترالی اورژانس در تمامی بخش‌ها\* در دسترس بوده مطابق آخرین آیین‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

۶-۱-۱) دفیبریلاتور\*\*

۶-۱-۲) مانیتور قلبی، پالس اکسیمتر و امکانات پیس میکر اکسترنال\*\*\*

۶-۱-۳) داروهای اورژانس

۶-۱-۴) لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها

۶-۱-۵) لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یک بار مصرف)

۶-۱-۶) آمبویگ مناسب برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان

۶-۱-۷) لارنگوسکوپ و تیغه‌ها در تمامی اندازه‌ها

۶-۱-۸) باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ

۶-۱-۹) تخته احیا (بک بورد) اطفال و بزرگسال

۶-۱-۱۰) ساکشن

۶-۱-۱۱) کپسول اکسیژن و ملزومات (پر و آماده استفاده)

\*تذکر: حداقل شامل بخش‌های بالینی، تصویربرداری، آزمایشگاه و فیزیوتراپی

\*\*تذکر: در بخش نوزادان و NICU دفیبریلاتور و پیس میکر اکسترنال و تخته احیای بزرگسال ضروری نیست، همچنین لوله هوایی، لوله تراشه، آمبویگ و لارنگوسکوپ با سایز مناسب برای نوزادان کفایت می‌کند. (مطابق بخش‌نامه شماره ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۸۹/۶/۷ وزارت متبوع)

\*\*\*تذکر: از شناسنامه ترالی اورژانس احیا برای اتاق زایمان و اتاق عمل و لیست وسایل، تجهیزات و داروهای ترالی اورژانس برای بخش نوزادان و NICU استفاده شود. (بخشنامه شماره ۳۰۰/۳۳۶ مورخ ۱۳۹۳/۱/۲۷ و چک لیست‌های مرتبط)

سنجه ۱. ترالی اورژانس در دسترس کارکنان تمامی بخش‌ها است به نحوی که در زمان کمتر از ۱ دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم باشد.

| شماره سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                                                                                                                                                                                                                                                                                  | کد | مصاحبه | امتیاز                                      |   |                                     |       |
|------------|-----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|---------------------------------------------|---|-------------------------------------|-------|
|            |     |         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |        | ۰                                           | ۱ | ۲                                   | غ.ق.۱ |
| ۱          | الف |         | ه  | ارزیاب از یکی از کارکنان مراقبتی بخش‌های مربوطه درخواست می‌کند که ترالی را در کنار تختی که دورترین یا بدترین شرایط دسترسی را دارد قرار دهد و دقت کند که مانعی در مسیر عبور آن وجود نداشته باشد، ترالی به راحتی حرکت کند و امکان قرار گرفتن آن در کنار تخت در کمتر از یک دقیقه فراهم باشد | ی  |        | حتی یکی از موارد مندرج در مشاهدات را ندارند |   | همه شرایط مندرج در مشاهدات را دارند |       |
|            | ب   |         | و  | در بخش‌های مختلف                                                                                                                                                                                                                                                                         | ک  |        |                                             |   |                                     |       |
|            | ج   |         | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ل  |        |                                             |   |                                     |       |
|            | د   |         | ح  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | م  |        |                                             |   |                                     |       |
|            |     |         | ط  |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |        |                                             |   |                                     |       |

سنجه ۲. ترالی اورژانس حاوی تمامی تجهیزات و لوازم مندرج در استاندارد است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                                     | کد | مصاحبه | امتیاز                                             |   |                                            |       |
|------------|-----|---------|----|---------------------------------------------|----|--------|----------------------------------------------------|---|--------------------------------------------|-------|
|            |     |         |    |                                             |    |        | ۰                                                  | ۱ | ۲                                          | غ.ق.۱ |
| ۲          | الف |         | ه  | وجود تمام تجهیزات ضروری مطابق استاندارد فوق | ی  |        | حتی یکی از تجهیزات موجود، سالم و آماده به کار نیست |   | همه تجهیزات موجود، سالم و آماده به کار است |       |
|            | ب   |         | و  | در بخش‌های مندرج در استاندارد               | ک  |        |                                                    |   |                                            |       |
|            | ج   |         | ز  |                                             | ل  |        |                                                    |   |                                            |       |
|            | د   |         | ح  |                                             | م  |        |                                                    |   |                                            |       |
|            |     |         | ط  |                                             |    |        |                                                    |   |                                            |       |

۶-۲) پرستار مسئول\*، از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.\*\*

سنجه. بیمارستان از طریق یک خط مشی و روش یکسان و مکتوب از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز در تمامی بخش‌های مندرج در استاندارد، اطمینان حاصل می‌نماید که در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان وجود دارد و از الگوی آن تبعیت می‌کند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                          | کد | مشاهدات                                                                                                                            | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                  |    |                                                                                                                                    |    |                                        | ۰                                                                                                                                           | ۱                                                                                                                                                                                                           | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                              | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف  | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۱-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                       | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                            | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۱-۲ | و  |                                                                                                                                    | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا<br>۱-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا<br>۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | ج   | در این بخش                                                                       | ز  | ۵ مورد                                                                                                                             | ل  | در این بخش                             |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               | د   |                                                                                  | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                 | م  | ۵ مورد                                 |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                  | ط  |                                                                                                                                    |    |                                        |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |

\*تذکر: در بلوک زایمان، مامای مسئول مطابق بخش‌نامه شماره ۸۱۱/۴۰۱/د مورخ ۹۱/۱/۲۸ و بخش‌نامه ۲۱۱۲۱۲ مورخ ۸۹/۶/۷ وزارت متبوع، ترالی اورژانس و ترالی احیا نوزاد را کنترل می‌نماید.

\*تذکر: برچسب گذاری داروهای با اسامی و اشکال مشابه که فهرست آن توسط کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان مشخص شده است، در ترالی اورژانس، انباردارویی بخش‌ها، انبار دارویی بیمارستان (داروخانه مرکزی)، داروخانه اورژانس و دارو خانه سرپایی با استفاده از برچسب به رنگ زرد که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی ویال دارویی یا با فونت متناسب بر روی ظروف نگهداری ویال‌های دارویی مانند سبد دارویی انجام شود. (بهتر است برای ظروف بزرگ، از فونت‌های بزرگتر از ۱۰ که قابل خواندن باشند، استفاده شود.)

\*\*تذکر: برچسب‌گذاری داروهای پرخطر که فهرست آن توسط کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان مشخص شده است، در ترالی اورژانس، انباردارویی بخش‌ها، انبار دارویی

بیمارستان (داروخانه مرکزی)، داروخانه اورژانس و داروخانه سرپایی با استفاده از برچسب به رنگ قرمز که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی ویال دارویی یا با فونت متناسب بر روی ظروف نگهداری ویال‌های دارویی مانند سبد دارویی انجام شود. (بهتر است برای ظروف بزرگ، از فونت‌های بزرگتر از ۱۰ که قابل خواندن باشند، استفاده شود).

تبصره ۱: در مواقعی که دارویی همزمان جزء داروهای پرخطر و داروهایی با اسامی و اشکال مشابه است، فقط مطابق با تذکر فوق‌الذکر بر روی آن برچسب داروهای پرخطر زده شود.

تبصره ۲: در بخش‌هایی که داروی هر بیمار به صورت مجزا در قفسه‌ی دارویی یا ظروف اختصاصی نگهداری می‌شوند، ضروریست که تمام ویال‌های دارویی پرخطر یا با اسامی و اشکال مشابه مطابق با تذکرات فوق‌الذکر برچسب‌گذاری شود.

### ۳-۶) دفیبریلاتور / مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

سنجه. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/ مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                  | کد | مشاهدات                                       | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                 |   |                                                                                                                               |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                          |    |                                               |    |        | ۰                                                                                                                      | ۱ | ۲                                                                                                                             | غ.ق.۱ |
|               | الف | چک لیست کنترل تجهیزات ترالی و خط مشی و روش مربوطه                        | ه  | سالم و آماده به کار بودن دفیبریلاتور/ مانیتور | ی  |        | چک لیست براساس خط مشی و روش تکمیل نشده باشد<br><br>یا<br>دفیبریلاتور/ مانیتور حتی در یک مورد سالم و آماده به کار نباشد |   | چک لیست براساس خط مشی و روش تکمیل شده باشد<br><br>و<br>دفیبریلاتور/ مانیتور در تمام موارد بررسی شده، سالم و آماده به کار باشد |       |
|               | ب   | چک لیست تکمیل شده کنترل تجهیزات ترالی در فواصل تعیین شده در خط مشی و روش | و  | در بخش‌های مختلف مندرج در استاندارد           | ک  |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                               |       |
|               | ج   | در بخش‌های مختلف مندرج در استاندارد                                      | ز  |                                               | ل  |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                               |       |
|               | د   | ۱۰ مورد*                                                                 | ح  |                                               | م  |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                               |       |
|               |     |                                                                          | ط  |                                               |    |        |                                                                                                                        |   |                                                                                                                               |       |

\*تذکر: بخش نوزادان در ۱۰ نمونه نباشد؛ همچنین اگر تعداد بخش‌های شامل این استاندارد کمتر از ۱۰ مورد باشد، باید بر حسب درصد رعایت استاندارد امتیاز داده شود.

۴-۶) مانیتور قلبی قابل حمل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از توالی اورژانس برای بخش اورژانس، موجود است.

سنجه. مانیتور قلبی قابل حمل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از توالی اورژانس در بخش اورژانس، موجود است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                   | کد | مشاهدات                                                        | کد | مصاحبه | امتیاز                                                        |   |                                                           |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------|----|--------|---------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                           |    |                                                                |    |        | ۰                                                             | ۱ | ۲                                                         | غ.ق.ا |
|               | الف | چک لیست کنترل مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور و خط مشی و روش مربوطه                        | ه  | موجود، سالم و آماده به کار بودن مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور | ی  |        | چک لیست براساس خط مشی و روش تکمیل نشده باشد                   |   | چک لیست براساس خط مشی و روش تکمیل شده باشد                |       |
|               | ب   | چک لیست تکمیل شده کنترل مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور در فواصل تعیین شده در خط مشی و روش | و  | در بخش اورژانس                                                 | ک  |        | یا مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور، سالم و آماده به کار نباشند |   | مانیتور قابل حمل و دفیبریلاتور، سالم و آماده به کار باشند |       |
|               | ج   | در بخش اورژانس                                                                            | ز  |                                                                | ل  |        |                                                               |   |                                                           |       |
|               | د   |                                                                                           | ح  |                                                                | م  |        |                                                               |   |                                                           |       |
|               |     |                                                                                           | ط  |                                                                |    |        |                                                               |   |                                                           |       |

## ایمنی بیمار

## (۱) حاکمیت و رهبری

(۱-۱) مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار ملتزم می‌باشد.

(۱-۱-۱) ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می‌باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراست.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان مشخص شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                        | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                           |   |                                                                                 |       |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|----------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                |    |         |    |        | ۰                                                                                | ۱ | ۲                                                                               | غ.ق.۱ |
| ۱             | الف | برنامه استراتژیک بیمارستان                                                                     | ه  |         | ی  |        | ارتقا ایمنی بیمار یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان نیست |   | ارتقا ایمنی بیمار یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه استراتژیک بیمارستان است |       |
|               | ب   | موضوعات مربوط به ارتقا ایمنی بیمار به‌عنوان یکی از اهداف کلان و اولویت‌دار برنامه مشخص شده است | و  |         | ک  |        |                                                                                  |   |                                                                                 |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                   | ز  |         | ل  |        |                                                                                  |   |                                                                                 |       |
|               | د   |                                                                                                | ح  |         | م  |        |                                                                                  |   |                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                | ط  |         |    |        |                                                                                  |   |                                                                                 |       |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. شواهد و مستندات نشان می‌دهند برای دستیابی به اهداف ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان، برنامه عملیاتی مرتبط در تمام قسمت‌های مرتبط بیمارستان تدوین شده است و براساس آن عمل می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                    | کد | مشاهدات                                       | کد | مصاحبه                                                                        | امتیاز                                                                                                      |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                            |    |                                               |    |                                                                               | ۰                                                                                                           | ۱                                                                                                                                               | ۲                                                                                                                                               | غ.ق.۱ |
| ۲             | الف | اهداف عینی و شاخص‌ها بیمارستان<br>برای ارتقا ایمنی بیمار و برنامه<br>عملیاتی جهت دسترسی به آن<br>و<br>مستندات اجرای برنامه | ه  | موارد قابل<br>مشاهده براساس<br>برنامه عملیاتی | ی  | کارکنان مرتبط<br>براساس برنامه                                                | مستندات بند «الف»<br>موجود نیست<br>یا<br>مشاهدات و مصاحبه‌ها،<br>در ۲۰-۶۰٪ موارد با<br>مستندات مطابقت دارند | مستندات بند «الف»<br>موجود است<br>اما<br>ویژگی‌های بند «ب» را ندارد<br>یا<br>مشاهدات و مصاحبه‌ها،<br>در ۶۰-۲۱٪ موارد با<br>مستندات مطابقت دارند | مستندات بند «الف»<br>موجود است<br>و<br>ویژگی‌های بند<br>«ب» را دارد<br>و<br>مشاهدات و مصاحبه‌ها،<br>در ۶۱-۱۰۰٪ موارد با<br>مستندات مطابقت دارند |       |
|               | ب   | به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مرتبط<br>و<br>در راستای دستیابی به اهداف کلان<br>ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک                 | و  | در قسمت‌ها مرتبط<br>براساس برنامه             | ک  | سوالاتی برای بررسی اجرای<br>برنامه براساس مستندات با<br>اظهارات کارکنان مرتبط |                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                               | ز  | ۱۰ مورد                                       | ل  | در قسمت‌ها مرتبط<br>براساس برنامه                                             |                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |       |
|               | د   |                                                                                                                            | ح  |                                               | م  | ۱۰ مورد                                                                       |                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                            | ط  |                                               |    |                                                                               |                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                            |    |                                               |    |                                                                               |                                                                                                             |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |       |

۲-۱) یکی از کارکنان با اختیارات مناسب به عنوان مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان منصوب شده است.

سنجه ۱. فردی واجد معلومات و تجربیات مندرج در جدول ذیل به عنوان کارشناس مسئول ایمنی بیمارستان طی حکمی از سوی رییس بیمارستان \*یا مسئول پست متناظر آن انتخاب شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | امتیاز |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ۱             | الف | شرایط احراز<br>و<br>مستندات رونوشت به<br>تمام بخش‌ها و واحدها           | ه  |         | ی  | در صورتی که مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:<br>دارا بودن حکمی که نشان دهد وی از مدیران ارشد یا میانی بیمارستان است. (۳ امتیاز)<br>دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار (۱ امتیاز) |        |
|               | ب   |                                                                         | و  |         | ک  | دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)                                                                                                                                                                                       |        |
|               | ج   | در پرونده پرسنلی مسئول<br>و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی<br>بیمار در بیمارستان | ز  |         | ل  | دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌ها مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌ها ارتباطی (۵/۰ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)                                                                                                                                                                                                              |        |
|               | د   |                                                                         | ح  |         | م  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
|               |     |                                                                         | ط  |         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
|               |     |                                                                         |    |         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |

\* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

سنجه ۲. شرح وظایف مسئول و پاسخ‌گوی برنامه ایمنی بیمار به امضای رییس بیمارستان رسیده است و حاوی موارد مندرج در پیوست ۱ می‌باشد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                 | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                        |                                              |                                             |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                         |    |         |    |        | ۰                             | ۱                                            | ۲                                           | غ.ق.ا |
| ۲             | الف | شرح وظایف مسئول و پاسخ‌گوی<br>برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان           | ه  |         | ی  |        | شرح وظایف مذکور<br>موجود نیست | شرح وظایف مذکور<br>موجود است                 | شرح وظایف مذکور<br>موجود است                |       |
|               | ب   | تایید شده از سوی رییس بیمارستان<br>و<br>حاوی موارد مندرج در پیوست مذکور | و  |         | ک  |        |                               | اما<br>به تایید رییس بیمارستان<br>نرسیده است | و<br>به تایید رییس<br>بیمارستان رسیده است   |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                            | ز  |         | ل  |        |                               | یا                                           | و<br>حاوی موارد مندرج در<br>پیوست مذکور است |       |
|               | د   |                                                                         | ح  |         | م  |        |                               | حاوی موارد مندرج در<br>پیوست مذکور نیست      |                                             |       |
|               |     |                                                                         | ط  |         |    |        |                               |                                              |                                             |       |
|               |     |                                                                         |    |         |    |        |                               |                                              |                                             |       |



۳-۱) مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقا فرصت‌ها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می‌گذارد.

سنجه. خط مشی و روش انجام بازدید منظم مدیریتی به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌ها، براساس دستورالعمل بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                         | کد | مصاحبه       | امتیاز                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                 |    |              | ۰                                                                                                                                                             | ۱                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                   | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه *                                                                                                                     | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                          | ک  |              | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                                                                           | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها دخیل دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخیل دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                             |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                         | ل  | در بیمارستان |                                                                                                                                                               | یا                                                                                                                                                                                                                       | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخیل دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                             |       |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                              | م  | ۱۰ مورد      |                                                                                                                                                               | یا                                                                                                                                                                                                                       | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخیل دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                             |       |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                 |    |              |                                                                                                                                                               | یا                                                                                                                                                                                                                       | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخیل دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                             |       |

\* تذکر: مستندات باید شامل برنامه سالیانه، گزارش بازدیدهای مدیریتی هفتگی ایمنی بیمار و گزارش بازخواند ارائه شده به کارکنان مرتبط باشد و بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی و شامل گفتگو با کارکنان مرتبط در مورد ایمنی بیمار با حضور ریاست بیمارستان و یکی دیگر از مدیران ارشد انجام شود.

۴-۱) یکی از اعضای تیم ایمنی بیمار به عنوان هماهنگ کننده فعالیت‌ها ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.

سنجه ۱. یکی از اعضای تیم ایمنی بیمار (تیم ایمنی بیمار شامل یک پزشک، یک پرستار و فردی آشنا با امور مدیریتی است) واجد معلومات و تجربیات منطبق با مندرجات جدول ذیل، به عنوان کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌ها ایمنی بیمار و مدیریت خطر (در بیمارستان‌های آموزشی) طی حکمی از سوی رییس بیمارستان\* یا مسئول پست متناظر آن انتخاب شده است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | غ.ق.ا                       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|               | الف | شرایط احراز                                                       | ه  |         | ی  |        | <p>در صورتی که هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد یا عضو تیم ایمنی بیمار نباشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:</p> <p><b>اگر فرد مذکور پرستار باشد:</b></p> <p>دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری (۲ امتیاز)</p> <p>دارا بودن حداقل ۱۰ سال سابقه کار بالینی (۱ امتیاز)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۵/۰ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p> <p><b>اگر فرد مذکور پزشک باشد:</b></p> <p>دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی (۲ امتیاز)</p> <p>دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه کار (۱ امتیاز)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۵/۰ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p> <p><b>اگر فرد مذکور دارای تحصیلات مدیریتی باشد:</b></p> <p>دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی یا رشته‌ها و گرایش‌های مرتبط با امور سلامت (۲ امتیاز)</p> <p>دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار (۱ امتیاز)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)</p> <p>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌های ارتباطی (۵/۰ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)</p> | در بیمارستان‌های غیر آموزشی |
|               | ب   |                                                                   | و  |         | ک  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|               | ج   | در پرونده پرسنلی هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر | ز  |         | ل  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|               | د   |                                                                   | ح  |         | م  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|               |     |                                                                   |    |         |    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|               |     |                                                                   |    |         |    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|               |     |                                                                   | ط  |         |    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |

\* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. یکی از اعضای تیم ایمنی بیمار (تیم ایمنی بیمار شامل یک پزشک، یک پرستار و فردی آشنا با امور مدیریتی بیمارستان است) واجد معلومات و تجربیات منطبق با مندرجات جدول ذیل، به عنوان کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌ها ایمنی بیمار و مدیریت خطر (در بیمارستان‌های غیرآموزشی) طی حکمی از سوی رییس بیمارستان\* با مسئول پست متناظر آن انتخاب شده است.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                           | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | غ.ق.۱                   |
|------------|-----|-------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|            | الف | شرایط احراز و تعداد تخت فعال بیمارستان                            | ه  |         | ی  |        | در صورتی که هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر ابلاغ مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد یا عضو تیم ایمنی بیمار نباشد، هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که ابلاغ وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود:<br><b>اگر فرد مذکور پرستار و بیمارستان بالای ۳۰۰ تخت باشد:</b><br>دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری (۲ امتیاز)<br>دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی (۱ امتیاز)<br>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)<br>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌ها ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)<br><b>اگر فرد مذکور پرستار و بیمارستان زیر ۳۰۰ تخت باشد:</b><br>دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری (۲ امتیاز)<br>دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار بالینی (۱ امتیاز)<br>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره)<br>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه‌ای علل و مهارت‌ها ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)<br><b>اگر فرد مذکور پزشک و بیمارستان بالای ۳۰۰ تخت باشد:</b><br>دارا بودن مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی (۲ امتیاز)<br>دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه کار (۱ امتیاز)<br>دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آشنایی با بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) | در بیمارستان‌های آموزشی |
|            | ب   |                                                                   | و  |         | ک  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |
|            | ج   | در پرونده پرسنلی هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر | ز  |         | ل  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |
|            | د   |                                                                   | ح  |         | م  |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |
|            |     |                                                                   |    |         |    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |

| غ.ق.ا                                                                                                                                                                | امتیاز                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| در بیمارستان ها<br>آموزشی                                                                                                                                            | دارا بودن گواهی شرکت در دوره های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه ای علل و مهارت های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | اگر فرد مذکور پزشک و بیمارستان زیر ۳۰۰ تخت باشد:                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | دارا بودن مدرک دکترای حرفه ای پزشکی عمومی (۲ امتیاز)                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | دارا بودن حداقل ۱ سال سابقه کار (۱ امتیاز)                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | دارا بودن گواهی شرکت در دوره های آشنایی با بیمارستان های دوست دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | دارا بودن گواهی شرکت در دوره های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه ای علل و مهارت های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | اگر فرد مذکور دارای تحصیلات مدیریتی و بیمارستان بالای ۳۰۰ تخت باشد:                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد مدیریت (۲ امتیاز)                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | دارا بودن حداقل ۵ سال سابقه کار (۱ امتیاز)                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      | دارا بودن گواهی شرکت در دوره های آشنایی با بیمارستان های دوست دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دارا بودن گواهی شرکت در دوره های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه ای علل و مهارت های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)                      |                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| اگر فرد مذکور دارای تحصیلات مدیریتی و بیمارستان زیر ۳۰۰ تخت باشد:                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دارا بودن مدرک کارشناسی مدیریت (۲ امتیاز)                                                                                                                            |                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار (۱ امتیاز)                                                                                                                           |                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دارا بودن گواهی شرکت در دوره های آشنایی با بیمارستان های دوست دار ایمنی بیمار (پایه و پیشرفته) مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مربوطه (۱ امتیاز برای هر یک از دو دوره) |                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دارا بودن گواهی شرکت در دوره های مدیریت خطر و ایمنی بیمار، کار تیمی، تحلیل ریشه ای علل و مهارت های ارتباطی (۰/۵ امتیاز برای هر یک از چهار دوره)                      |                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |

سنجه ۳. شرح وظایف هماهنگ کننده فعالیت‌ها ایمنی بیمار و مدیریت خطر، به امضای رییس بیمارستان و حاوی موارد مندرج در پیوست ۲ است.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                      | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز                        |                                                 |                                              |
|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----|--------|-------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|               |     |                                                                              |    |         |    |        | ۰                             | ۱                                               | ۲                                            |
| ۳             | الف | شرح وظایف هماهنگ کننده<br>فعالیت‌ها ایمنی بیمار و<br>مدیریت خطر در بیمارستان | ه  |         | ی  |        | شرح وظایف مذکور<br>موجود نیست | شرح وظایف مذکور<br>موجود است                    | شرح وظایف مذکور<br>موجود است                 |
|               | ب   | تایید شده از سوی رییس بیمارستان<br>و<br>حاوی موارد مندرج در پیوست مذکور      | و  |         | ک  |        |                               | اما<br>به تایید رییس<br>بیمارستان<br>نرسیده است | و<br>به تایید رییس<br>بیمارستان<br>رسیده است |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                 | ز  |         | ل  |        |                               | یا                                              | و                                            |
|               | د   |                                                                              | ح  |         | م  |        |                               | حاوی موارد مندرج در<br>پیوست مذکور نیست         | حاوی موارد مندرج در<br>پیوست مذکور است       |
|               |     |                                                                              | ط  |         |    |        |                               |                                                 |                                              |

۵-۱) بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب به منظور ارائه خدمات خود می‌باشد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند فرآیند درمان بیماران به علت کمبود تجهیزات و وسایل ضروری به تاخیر نمی‌افتد.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                          | کد | مشاهدات                                                                            | کد | مصاحبه                                                                                                   | امتیاز                                                                                                                                  |   |                                                                                                                                      |       |
|---------------|-----|--------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                  |    |                                                                                    |    |                                                                                                          | ۰                                                                                                                                       | ۱ | ۲                                                                                                                                    | غ.ق.۱ |
|               | الف | فهرست تجهیزات و وسایل مصرفی ضروری اصلی و جایگزین | ه  | وجود تجهیزات سالم و جایگزین و وسایل مصرفی ضروری مطابق با فهرست و سالم و در حال کار | ی  | مدیر پرستاری و رده‌ها مختلف کادر بالینی (پزشک و کادر پرستاری بخش)                                        | مستندات بند «الف» را ندارد یا حتی در یک مورد براساس مشاهدات، تجهیزات ضروری مطابق با فهرست مربوطه، موجود یا سالم و آماده به کار نباشد یا |   | مستندات بند «الف» را دارد و براساس مشاهدات، در تمامی موارد، تجهیزات ضروری مطابق با فهرست مربوطه، موجود یا سالم و آماده به کار باشد و |       |
|               | ب   |                                                  | و  | در بیمارستان                                                                       | ک  | در خصوص ایجاد تاخیر احتمالی در فرایند مراقبت از بیمار به علت فقدان و یا کمبود وسایل و یا نارسایی تجهیزات | براساس مصاحبه، حتی در یک مورد تاخیر در فرایند مراقبت از بیمار به علت فقدان و یا کمبود وسایل و یا نارسایی تجهیزات، رخ داده باشد          |   | موردی تاخیر در فرایند مراقبت از بیمار به علت فقدان و یا کمبود وسایل و یا نارسایی تجهیزات، رخ نداده باشد                              |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                     | ز  | ۱۰ مورد                                                                            | ل  | در بیمارستان                                                                                             |                                                                                                                                         |   |                                                                                                                                      |       |
|               | د   |                                                  | ح  |                                                                                    | م  | ۱۰ نفر                                                                                                   |                                                                                                                                         |   |                                                                                                                                      |       |
|               |     |                                                  | ط  |                                                                                    |    |                                                                                                          |                                                                                                                                         |   |                                                                                                                                      |       |

۶-۱) بیمارستان از ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب و مطلوب تمام وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از کاربرد آن‌ها، اطمینان حاصل می‌نماید.

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از انجام ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب و مطلوب تمام وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از کاربرد آن‌ها، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                             | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                                        | ۱                                                                                                                                                                                                                                                       | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف   | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                        | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                            | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                     | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                             | ل  | در بیمارستان                           |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                  | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                     |    |                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |

۷-۱) بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور اطمینان از ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد.

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری به منظور جلوگیری از تاخیر در انجام عمل جراحی یا پروسیجرهای استریل (مطابق بخش نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۲)، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                                           | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۹ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  |                                                                                                                                   | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                           | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |



۸-۱) شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فراورده‌ها خونی (مطابق بخش‌نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۲) صورت می‌پذیرد.

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فراورده‌ها خونی (مطابق بخش‌نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۲) صورت می‌پذیرد، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                               | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                            |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          | ۰                                                                                                 | ۱                                                                                                                               | ۲                                                                                                                                                                   | غ.ق.ا |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا                                          | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا             | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                       | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                               | ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                                                                   |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                               | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد<br>یا         | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>یا | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند<br>و                                     |       |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                    | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |       |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |       |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |       |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |       |

۹-۱) موارد بحرانی (panic value) به طور منظم بازنگری می شوند. این موارد بلافاصله و قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شوند و بیمارستان از باز بودن کانال های ارتباطی لازم جهت اطلاع رسانی سریع در این خصوص، اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از اینکه موارد بحرانی (panic value) \*به طور منظم بازنگری می شوند و بلافاصله قبل از چک مجدد به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شوند و بیمارستان از باز بودن کانال های ارتباطی لازم جهت اطلاع رسانی سریع در این خصوص، اطمینان حاصل می نماید، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                      | کد | مصاحبه                               | امتیاز                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                              |    |                                      | ۰                                                                                                                                                                                          | ۱                                                                                                                                                                                                                                                     | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | غ.ق.۱ |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                       | ک  |                                      | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه<br>یا<br>۱۰ مورد                                                                                                                                  | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                                   | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                              |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                      | ل  |                                      | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                                                   | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                                   | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                              |       |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                           | م  | ۱۰ مورد                              |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                              |    |                                      |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |

\*تذکر: در خط مشی و روش مربوطه لازم است مقادیر بحرانی نتایج حیاتی آزمایشات پاراکلینیک با نظر متخصصین رشته های بالینی و مسئولین پاراکلینیک تنظیم شده و در محل قابل رویت برای گزارش دهندگان در واحدهای پاراکلینیک نصب شده و گزارشات مربوط به چگونگی اعلام مورد به پزشک یا بخش مربوطه و بازخورد دریافت شده از آنان نیز در دفتر یا فایل الکترونیکی مشخصی، ثبت شده باشند.

۱-۱۰) اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

سنجه ۱. خط مشی و روش اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                                                                                      |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                                                                                           | ۱ | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | غ.ق.ا |
| ۱             | الف | خط مشی و روش مربوطه *                                                                                                                     | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها<br>هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف   | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>حتی یک مورد مشاهده، نشانگر عدم تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>حتی یک مورد مصاحبه نشانگر عدم تطابق عملکرد باشد<br>یا |   | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>تمام موارد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>تمام موارد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                                    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                              | ل  |                                        | خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد                                                                                                                                                 |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                |                                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                                                                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |

سنجه ۲. خط مشی و روش رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با بخش‌نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۱۲ مصوب وزارت متبوع با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                              | کد | مصاحبه                                 | امتیاز                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                 |       |
|------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|            |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                      |    |                                        | ۰                                                                                                              | ۱                                                                                                                                                                                                                           | ۲                                                                                                                                                                                               | غ.ق.ا |
| ۲          | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | کنترل امکانات و تسهیلات رعایت بهداشت دست‌ها و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف   | مستندات موجود نباشند *                                                                                         | بخشی از مستندات موجود باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا | تمام مستندات موجود باشند و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و |       |
|            | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | موقعیت‌هایی که در آن باید بهداشت دست‌ها رعایت شود و درحین بازدید ارزیاب ایجاد می‌شوند                                | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد یا امکانات موجود نباشند یا | بخشی از امکانات موجود باشد یا                                                                                                                                                                                               | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند و                                             |       |
|            | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                              | ل  | در دامنه تعیین شده برای خط مشی و روش   | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا                                                                   | بخشی از امکانات موجود باشد یا                                                                                                                                                                                               | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و                                                                                                                                                    |       |
|            | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                | ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                       | ۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا                                                                                                                                                                                | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و                                                                                                                                                    |       |
|            |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                | ۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                                                                    | ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                                                                                                       |       |
|            |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                      |    |                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                 |       |

\*تذکر: از میان ۵ موقعیتی که در آن باید بهداشت دست‌ها رعایت شود، ۲ مورد آن که عبارتند از قبل از پروسیجر تمیز و از بیماری به بیمار، در بخش‌های ویژه و دیالیز ضروری بوده و اگر حتی در یک مورد رعایت نشوند، امتیاز صفر داده می‌شود.

(۱-۱) بیمارستان از تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب تمامی تجهیزات، با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پرخطر اطمینان حاصل می نماید.

سنجه. خط مشی و روش اطمینان از تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب تمامی تجهیزات با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پرخطر، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                                           | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          | ۰                                                                                                                                                             | ۱                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱ |
|               | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |       |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۳ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  |                                                                                                                                   | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                           | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد                                                                           | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |

۱۱-۲) فرایند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پر خطر توسط دو کارشناس پرستاری (یا کارشناس مامایی در بلوک زایمان) انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر دو کارشناس، تایید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:\*

۱۱-۲-۱) کلیه مخدرها

۱۱-۲-۲) دیگوکسین وریدی

۱۲-۲-۳) انسولین

۱۱-۲-۴) اولین دوز آنتی بیوتیک‌های وریدی

۱۱-۲-۵) ترکیبات تغذیه کامل وریدی

۱۱-۲-۶) سولفات منیزیم

۱۱-۲-۷) میزوپرستول

۱۱-۲-۸) پروستاگلاندین F2 آلفا

۱۱-۲-۹) خون و فرآورده‌های خونی\*

۱۱-۲-۱۰) کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت در خصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)

۱۱-۲-۱۱) دوزهای کودکان از ویال‌ها چند دوزی

\*تذکر: ارزیابی داروهای مذکور، در بخش‌هایی که استفاده می‌شوند، انجام می‌پذیرد.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۱. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که تمام مخدرها با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                                           | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          | ۰                                                                                                                                                                                        | ۱                                                                                                                                                                                                                                                       | ۲                                                                                                                                                                                          | غ.ق.ا                                                     |
| ۱             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                   | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد                                                                                                                                           | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                                                               | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی‌شود |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                                            | ک  |                                          | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط‌مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | ۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                           | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه | یا                                                                                                                                                                                       | یا                                                                                                                                                                                                                                                      | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                                                     |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                                  | یا                                                                                                                                                                                       | یا                                                                                                                                                                                                                                                      | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                                                     |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                                           |

سنجه ۲. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که دیگوکسین وریدی با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                             | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                          | ۰                                                                                                                                     | ۱                                                                                                                                                                                                   | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | غ.ق.ا                                                     |
| ۲             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                 | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد                                    | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی شود |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                              | ک  |                                          | ۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | ۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                             | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                  | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                     |    |                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                          |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۳. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که انسولین با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                      | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                            |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                         |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                              |    |                                          | ۰                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                 | ۲                                                                                                                                       | غ.ق.۱                                                     |
| ۳             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا                                          | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا                               | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و                                                                          | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی شود |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                       | ک  |                                          | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                 | ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                                       |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                      | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد               | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                           | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                         |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                              |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                         |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                              |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                         |                                                           |

سنجه ۴. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که تزریق اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                               | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱                                                     |
| ۴             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی شود |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  |                                                                                                                       | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                               | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                    | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۵. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که تغذیه کامل وریدی با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تأیید می‌گردد، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                                                           | کد | مصاحبه                                                                                                                                        | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                                   |    |                                                                                                                                               | ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.ا                                                     |
| ۵             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br><br>و<br><br>عملکرد مجریان<br><br>و<br><br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف                                                                                                          | مستندات موجود نباشند<br><br>یا<br><br>امکانات موجود نباشند<br><br>یا<br><br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br><br>یا<br><br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br><br>یا<br><br>بخشی از امکانات موجود باشد<br><br>یا<br><br>۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br><br>و<br><br>تمام امکانات موجود باشند<br><br>و<br><br>۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی‌شود |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                                                            | ک  | ۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۶-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>۶-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند              | ۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                                           | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه                                                                                                      | ۱۰ مورد                                                                                                                                                                                                                                                                              | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                              | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                   |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                              | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                   |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                                                   |    |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>یا<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                                                                              | ۱۰-۷ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>۱۰-۷ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br><br>و<br><br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                                   |                                                           |

سنجه ۶. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که سولفات منیزیوم\* با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                                           | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          | ۰                                                                                                                                                                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | غ.ق.۱                                                     |
| ۶             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران با سایر گروه ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی شود |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  |                                                                                                                                   | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                           | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                   |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |

\*تذکر: داروهایی که خاص بخش های زنان و زایمان می باشد می تواند توسط دو کارشناس پرستاری/ مامایی کنترل شود.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۷. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که میزو پروستول با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                                              | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                      |    |                                          | ۰                                                                                                                                                                                                                                                    | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱                                                     |
| ۷             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش<br>و<br>عملکرد مجریان<br>و<br>عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها<br>هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشد<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی‌شود |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط‌مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                                      | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                                              | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                                   | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                                      |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                                      |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |

سنجه ۸. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که داروی پروستاگلاندین F2 آلفا با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                             | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                          | ۰                                                                                                 | ۱                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                             | غ.ق.۱                                                     |
| ۸             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا                                          | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا                                      | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و                                                                                | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی شود |
|               | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                              | ک  |                                          | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                        | ۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و                                             |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                             | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه | مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد<br>یا         | مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند<br>یا | مستول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند<br>و |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                  | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                     |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                               |                                                           |

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۹. بیمارستان خط مشی و روشی را تدوین نموده که براساس آن اجرای دستورات پزشک در رابطه با تزریق ایمن خون و فرآورده‌های خونی با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می‌گردد و همچنین از طریق خط مشی و روش مربوطه اطمینان حاصل می‌نماید که راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل هموویژولانس در زمینه تزریق خون و فرآورده‌های خونی ایمن اجرا می‌گردد که در کتابچه خط مشی و روش‌ها بیمارستان موجود است و از الگوی آن تبعیت می‌نماید.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                               | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          | ۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ۱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱                                                               |
| ۹             | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | در مواردی که خون و فراورده‌ها خونی در این بیمارستان استفاده نمی‌شود |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  |                                                                                                                       | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                               | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                    | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                     |

\*تذکر: علیرغم این که خون و فرآورده‌های خونی جزء گروه‌های دارویی نمی‌باشند اما به علت ماهیت خطرناکی بالا در صورت تزریق اشتباه در استاندارد فوق به همراه داروهای پرخطر ارزیابی می‌شوند.

سنجه ۱۰. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که داروی کلرور پتاسیم (KCL) با استفاده از رهنمودهای ارائه شده از سوی سازمان بهداشت جهانی انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می گردد، با رعایت حداقل های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.

| شماره سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                               | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                            |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|            |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                       |    |                                          | ۰                                                                                                 | ۱                                                                                                                   | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱                                                     |
| ۱۰         | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا                                          | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده ها شغلی که در اجرای روش ها دخالت دارند در فهرست تهیه کنندگان موجود باشند | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی شود |
|            | ب   | حداقل های مورد انتظار برای خط مشی ها و روش های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۲-۹ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی ها و روش ها | و  |                                                                                                                       | ک  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه   | ۲-۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۲-۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|            | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                               | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه | مسئول پاسخ گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه کنندگان خط مشی ها و روش مذکور نباشد               | یا                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|            | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                    | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|            |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                       |    |                                          |                                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |



## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۱۱. خط مشی و روش اجرای دستورات پزشک در رابطه با این که دوزهای کودکان با حضور دو کارشناس پرستاری انجام گرفته و در پرونده ثبت و تایید می‌گردد، با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                                                                                                                   | کد | مشاهدات                                                                                                             | کد | مصاحبه                                   | امتیاز                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|---------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                          | ۰                                                                                                                                             | ۱                                                                                                                                                                                                                        | ۲                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | غ.ق.۱                                                     |
| ۱۱            | الف | خط مشی و روش مربوطه                                                                                                                       | ه  | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌ها هدف خط مشی و روش مربوطه | ی  | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌ها هدف     | مستندات موجود نباشند<br>یا<br>امکانات موجود نباشند<br>یا<br>۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | بخشی از مستندات موجود باشد<br>یا<br>بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند<br>یا<br>بخشی از امکانات موجود باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | در مواردی که داروی مذکور در این بیمارستان استفاده نمی‌شود |
|               | ب   | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۹-۲ واحد مدیریت و رهبری و مندرج در کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها | و  | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه                                                                              | ک  |                                          | ۰-۲ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                             | ۳-۶ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا<br>۳-۶ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>یا                                                                                                                        | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                           |
|               | ج   | در بیمارستان                                                                                                                              | ز  | ۱۰ مورد                                                                                                             | ل  | در دامنه مشخص شده در خط مشی و روش مربوطه | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد<br>یا                                                     | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند                                                                       | تمام مستندات موجود باشند<br>و<br>تمام امکانات موجود باشند<br>و<br>۷-۱۰ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>۷-۱۰ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد<br>و<br>مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌ها شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |                                                           |
|               | د   |                                                                                                                                           | ح  | مستقیم و غیرمستقیم                                                                                                  | م  | ۱۰ مورد                                  |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           | ط  |                                                                                                                     |    |                                          |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|               |     |                                                                                                                                           |    |                                                                                                                     |    |                                          |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |

۱۲-۱) داروهای نجات بخش جهت مراقبت اورژانسی در دسترس است و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش‌های بالینی (در تمامی بخش‌هایی که باید دارای ترالی اورژانس باشند) موجود می‌باشد.\*

سنجه ۱. داروهای نجات بخش جهت ترالی اورژانس براساس بخش‌نامه شماره ۸۲/۶۰۱/۴۰/د مورخ ۹۲/۵/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و داروها در تمام ساعات و در تمام قسمت‌های بخش‌ها بالینی (در تمامی بخش‌هایی که باید دارای ترالی اورژانس باشند) تامین می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                       | کد | مشاهدات                                               | کد | مصاحبه | امتیاز                                                            |   |                                                           |       |
|---------------|-----|-------------------------------|----|-------------------------------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------|-------|
|               |     |                               |    |                                                       |    |        | ۰                                                                 | ۱ | ۲                                                         | غ.ق.ا |
| ۱             | الف | بخش‌نامه و لیست داروهای ترالی | ه  | ترالی اورژانس و داروهای مربوطه و نحوه‌ی برچسب‌گذاری** | ی  |        | لیست منطبق با بخش‌نامه، موجود نباشد                               |   | لیست منطبق با بخش‌نامه موجود باشد                         |       |
|               | ب   |                               | و  | در بخش‌ها دارای ترالی اورژانس                         | ک  |        | یا                                                                |   | و                                                         |       |
|               | ج   | در بخش‌ها دارای ترالی اورژانس | ز  | ۱۰ نوع دارو چک شود                                    | ل  |        | حتی یکی از داروها مطابق بخش‌نامه و به تعداد الزام شده موجود نباشد |   | هر ۱۰ دارو مطابق بخش‌نامه و به تعداد الزام شده موجود باشد |       |
|               | د   |                               | ح  | تاریخ مصرف و تعداد دارو                               | م  |        | یا                                                                |   | و                                                         |       |
|               |     |                               | ط  |                                                       |    |        | حتی تاریخ مصرف یکی از داروها گذشته باشد                           |   | هر ۱۰ دارو تاریخ مصرف داشته باشند                         |       |
|               |     |                               |    |                                                       |    |        | یا                                                                |   | و                                                         |       |
|               |     |                               |    |                                                       |    |        | حتی در یک مورد برچسب‌گذاری صحیح انجام نشده باشد                   |   | در تمام موارد لازم برچسب‌گذاری صحیح انجام شده باشد        |       |

\*تذکر: برچسب‌گذاری داروهای با اسامی و اشکال مشابه که فهرست آن توسط کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان مشخص شده است، در ترالی اورژانس، انباردارویی بخش‌ها، انبار دارویی بیمارستان (داروخانه مرکزی)، داروخانه اورژانس و دارو خانه سرپایی با استفاده از برچسب به رنگ زرد که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی ویال دارویی یا با فونت متناسب بر روی ظروف نگهداری ویال‌های دارویی مانند سبد دارویی انجام شود. (بهتر است برای ظروف بزرگ، از فونت‌های بزرگتر از ۱۰ که قابل خواندن باشند، استفاده شود).

\*\*تذکر: برچسب‌گذاری داروهای پرخطر که فهرست آن توسط کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان مشخص شده است، در ترالی اورژانس، انباردارویی بخش‌ها، انبار دارویی بیمارستان (داروخانه مرکزی)، داروخانه اورژانس و داروخانه سرپایی با استفاده از برچسب به رنگ قرمز که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی ویال دارویی یا با فونت متناسب بر روی ظروف نگهداری ویال‌های دارویی مانند سبد دارویی انجام شود. (بهتر است برای ظروف بزرگ، از فونت‌های بزرگتر از ۱۰ که قابل خواندن باشند، استفاده شود).

تبصره ۱: در مواقعی که دارویی همزمان جزء داروهای پرخطر و داروهای با اسامی و اشکال مشابه است، فقط مطابق با تذکر فوق‌الذکر بر روی آن برچسب داروهای پرخطر زده شود.

تبصره ۲: در بخش‌هایی که داروی هر بیمار به‌صورت مجزا در قفسه‌ی دارویی یا ظروف اختصاصی نگهداری می‌شوند، ضروریست که تمام ویال‌های دارویی پرخطر یا با اسامی و اشکال مشابه مطابق با تذکرات فوق‌الذکر برچسب‌گذاری شود.

## راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. توالی اورژانس اتاق پره اکلامپسی طبق دستور العمل ۴۰۰/۱۵۸۷ د مورخ ۸۹/۹/۲۱ شامل هیدرالازین، سولفات منیزیم و گلوکونات کلسیم نیز می باشد.\*

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات                                      | کد | مشاهدات                            | کد | مصاحبه | امتیاز                                          |   |                                                    |                                      |
|---------------|-----|----------------------------------------------|----|------------------------------------|----|--------|-------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------|--------------------------------------|
|               |     |                                              |    |                                    |    |        | ۰                                               | ۱ | ۲                                                  | غ.ق.ا                                |
| ۲             | الف | لیست داروهای توالی اورژانس اتاق پره اکلامپسی | ه  | توالی اورژانس و نحوه برچسب گذاری** | ی  |        | حتی یکی از داروها مطابق بخش نامه موجود نباشد    |   | تمامی داروها مطابق بخش نامه موجود باشند            |                                      |
|               | ب   |                                              | و  | اتاق پره اکلامپسی در بلوک زایمان   | ک  |        | یا                                              |   | و                                                  |                                      |
|               | ج   | بلوک زایمان                                  | ز  | هر سه نوع دارو                     | ل  |        | حتی در یک مورد برچسب گذاری صحیح انجام نشده باشد |   | در تمام موارد لازم برچسب گذاری صحیح انجام شده باشد | در بیمارستان هایی که بخش زنان ندارند |
|               | د   |                                              | ح  |                                    | م  |        |                                                 |   |                                                    |                                      |
|               |     |                                              | ط  |                                    |    |        |                                                 |   |                                                    |                                      |

\*تذکر: برچسب گذاری داروهای با اسامی و اشکال مشابه که فهرست آن توسط کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان مشخص شده است، در توالی اورژانس، انباردارویی بخش ها، انبار دارویی بیمارستان (داروخانه مرکزی)، داروخانه اورژانس و داروخانه سرپایی با استفاده از برچسب به رنگ زرد که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی ویال دارویی یا با فونت متناسب بر روی ظروف نگهداری ویال های دارویی مانند سبد دارویی انجام شود. (بهتر است برای ظروف بزرگ، از فونت های بزرگتر از ۱۰ که قابل خواندن باشند، استفاده شود).

\*تذکر: برچسب گذاری داروهای پرخطر که فهرست آن توسط کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان مشخص شده است، در توالی اورژانس، انباردارویی بخش ها، انبار دارویی بیمارستان (داروخانه مرکزی)، داروخانه اورژانس و داروخانه سرپایی با استفاده از برچسب به رنگ قرمز که نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۱۰ بر روی ویال دارویی یا با فونت متناسب بر روی ظروف نگهداری ویال های دارویی مانند سبد دارویی انجام شود. (بهتر است برای ظروف بزرگ، از فونت های بزرگتر از ۱۰ که قابل خواندن باشند، استفاده شود).

تبصره ۱: در مواقعی که دارویی همزمان جزء داروهای پرخطر و داروهای با اسامی و اشکال مشابه است، فقط مطابق با تذکر فوق الذکر بر روی آن برچسب داروهای پرخطر زده شود.

تبصره ۲: در بخش هایی که داروی هر بیمار به صورت مجزا در قفسه ی دارویی یا ظروف اختصاصی نگهداری می شوند، ضروریست که تمام ویال های دارویی پرخطر یا با اسامی و اشکال مشابه مطابق با تذکرات فوق الذکر برچسب گذاری شود.

۱۳-۱) بیمارستان براساس میزان خطر، پسماندها را از مبدا تفکیک و کدبندی رنگی می‌نماید.

سنجه. شواهد نشان می‌دهند که کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده براساس بخش‌نامه شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ در بیمارستان رعایت می‌شود.

| شماره<br>سنجه | کد  | مستندات | کد | مشاهدات                                    | کد | مصاحبه | امتیاز                                                                             |   |                                                                                  |       |
|---------------|-----|---------|----|--------------------------------------------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
|               |     |         |    |                                            |    |        | ۰                                                                                  | ۱ | ۲                                                                                | غ.ق.۱ |
|               | الف |         | ه  | کدبندی رنگی تمام انواع پسماندهای تفکیک شده | ی  |        | حتی در یک مورد، کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش‌نامه مذکور رعایت نمی‌شود |   | در هر ۱۰ مورد، کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده مطابق بخش‌نامه مذکور رعایت می‌شود |       |
|               | ب   |         | و  | در بخش‌های مختلف بیمارستان                 | ک  |        |                                                                                    |   |                                                                                  |       |
|               | ج   |         | ز  | ۱۰ مورد                                    | ل  |        |                                                                                    |   |                                                                                  |       |
|               | د   |         | ح  | مطابق دستورالعمل ذکر شده در سنجه           | م  |        |                                                                                    |   |                                                                                  |       |
|               |     |         | ط  |                                            |    |        |                                                                                    |   |                                                                                  |       |

## منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization.2008 .
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluation. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2<sup>nd</sup> edition; 2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards ; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé ; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS) ;2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva;2003 .
12. Anne L. Rooney; Paul R . Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.

